29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

Sheila Cecchetti
Midori H. Osaki
Tammy H. Osaki

Atena Editora
Ano 2023

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

Sheila Cecchetti
Midori H. Osaki
Tammy H. Osaki

Atena Editora
Ano 2023

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Editora chefe
Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Editora executiva
Natalia Oliveira
Assistente editorial
Flávia Roberta Barão
Bibliotecária
Janaina Ramos
Projeto gráfico
Camila Alves de Cremo
Ellen Andressa Kubisty
Luiza Alves Batista
Nataly Evilin Gayde
Thamires Camili Gayde
Imagens da capa
iStock
Edição de arte
Luiza Alves Batista

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Anais da SBCPO

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizadoras: Sheila Cecchetti
Midori H. Osaki
Tammy H. Osaki

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S678 Anais da SBCPO / Organizadoras Sheila Cecchetti, Midori H. Osaki, Tammy H. Osaki. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1866-5
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.665232909

1. Oftalmologia. 2. Cirurgia plástica ocular. I. Cecchetti, Sheila (Organizadora). II. Osaki, Midori H. (Organizadora). III. Osaki, Tammy H. (Organizadora). IV. Título.

CDD 617.7

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

DECLARAÇÃO DA EDITORA

SUMÁRIO

PÁLPEBRA

CAVIDADE

ÓRBITA

SUMÁRIO

Jessica Zardin De Moraes

https://doi.org/10.22533/at.ed.66523290963

PÁLPEBRA

ANALYSIS OF THE CLINICAL FEATURES OF PATIENTS UNDERGOING SURGICAL TREATMENT FOR BLEPHAROPTOSIS IN A TERTIARY HOSPITAL

Mariana Antunes Davi

Tammy H. Osaki

Midori H. Osaki

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br

28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP

SBCPO

Analysis of the clinical features of patients undergoing surgical treatment for blepharoptosis in a Tertiary Hospital

Author: Mariana Antunes Davi; Co-author: Tammy H. Osaki, Midori H. Osaki
Department of Ophthalmology - Universidade Federal de São Paulo

INTRODUCTION

Blepharoptosis is the drooping of the upper eyelid when the eyes are in the primary gaze position. This clinical condition can be acquired or congenital. It can also be classified according to the pathological mechanism related to the presence of blepharoptosis, including aponeurotic, myogenic, neurogenic, mechanical or traumatic.

Thereby the purpose of the present study is to evaluate the clinical features of patients with blepharoptosis undergoing surgical treatment in the Oculoplastic division of the Department of Ophthalmology at EPM/UNIFESP.

METHODS

This was a retrospective analysis of the clinical characteristics and etiologies of patients with blepharoptosis that included 100 eyes of 92 patients surgically treated at the Oculoplastic Division of the Department of Ophthalmology at EPM/UNIFESP from January 2018 to August 2021.

Data analyzed: age, gender, race, affected eye, time of onset (congenital or acquired), upper eyelid levator muscle function (LF), severity of ptosis (based on margin reflex distance), pathological mechanism and surgical technique of choice.

RESULTS

The mean age of the entire sample was 38 years-old and 50% were female. When considered only congenital ptosis the mean age was 13.5 years-old. The most prevalent race was white (45%) followed by mixed race (29%). Bilateral involvement was present in 30% and unilateral in 70% of sample. [Table 1]. The blepharoptosis was congenital in 45% of patients while 55% were acquired. Isolated congenital ptosis was the most common type between congenital etiologies (78%), and aponeurotic ptosis was the most common acquired type (71%) [Graph 1]. More than half of congenital ptosis had severe degree (54%) and poor (36%) to fair (49%) levator muscle function (LF). Among acquired ptosis 53% had moderate degree and the majority (79%) had good LF [Table 2]

DISCUSSION

Aponeurotic was the most common cause among acquired blepharoptosis patients undergoing surgical treatment in the analysis, corroborating to the literature. Likewise, as assessed in previous studies, isolated congenital ptosis was the most frequent among congenital causes.

Regarding the surgical technique, the most applied in acquired causes was levator advancement and in congenital causes the levator resection. As observed in previous studies, the surgical technique involves not only the patient in question but also the surgeon's aptitude and experience.

Furthermore, limitations of the study include: the sample size and the fact that it excluded patients who had blepharoptosis but also had surgical contraindication such as absent Bell reflex and some myogenic causes.

FIGURES, TABLES AND GRAPHICS

Table 1 – Gender, Race and Laterality distributions

DEMOGRAPHIC FEATURES							
Gender		Race				Ptosis	
Female	Male	White	Mixed Race	Black	Others	Unilateral	Bilateral
46 (n)	46 (n)	41 (n)	27 (n)	1 (n)	21 (n)	64 (n)	28 (n)
50%	50%	45%	29%	1%	23%	70%	30%

Graph 1 – Blepharoptosis distributions: Congenital and Acquired etiologies.

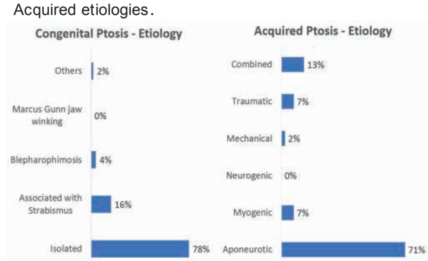


Table 2 – LF Ptosis Severity and Surgery

Types of Ptosis	Acquired (55%)	Congenital (45%)
LF quality		
Good	79%	15%
Fair	12%	49%
Poor	9%	36%
Ptosis Severity		
Mild	5%	20%
Moderate	41%	53%
Severe	54%	27%
Surgery		
Levator advancement	73%	9%*
Levator resection	6%	64%
Frontalis suspension	7%	18%
Conjunctival Müllerectomy	7%	2%
Levator exploration	7%	7%

* combined cases

CONCLUSION

Blepharoptosis can have several consequences for the patient, from functional impact such as amblyopia and refractive errors to psychological concerns including aesthetics and social life. In order to achieve better results with surgical correction, it is extremely important to clarify the pathological mechanisms as well as the patients clinical characteristics.

REFERENCES

1. Lee C-C, Feng I-J, Lai H-T, Huang S-H, Kuo Y-R, Lai C-S. The Epidemiology and Clinical Features of Blepharoptosis in Taiwanese Population. Aesth Plast Surg. 1º de agosto de 2019;43(4):964–72.
2. Gazzola R, Piozzi E, Vaienti L, Wilhelm Baruffaldi Preis F. Therapeutic Algorithm for Congenital Ptosis Repair with Levator Resection and Frontalis Suspension: Results and Literature Review. Semin Ophthalmol. 2018;33(4):454–60.
3. Berry-Brincat A, Willshaw H. Paediatric blepharoptosis: a 10-year review. Eye (Lond). julho de 2009;23(7):1554–9.
4. Frueh BR. The mechanistic classification of ptosis. Ophthalmology. outubro de 1980;87(10):1019–21.
5. Lee YG, Son BJ, Lee KH, Lee SY, Kim CY. Clinical and Demographic Characteristics of Blepharoptosis in Korea: A 24-year Experience including 2,328 Patients. Korean J Ophthalmol. agosto de 2018;32(4):249–56.

BLINKING PARAMETERS DO NOT NORMALIZE AFTER TREATMENT IN ESSENTIAL BLEPHAROSPASM AND HEMIFACIAL SPASM

Gustavo R. Gameiro

Midori H. Osaki

Teissy Osaki

Denny Garcia

Antonio Augusto Cruz

Tammy H. Osaki

CIOP/CIEPO
29° Congresso Internacional de Oculoplástica
8° Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Blinking parameters do not normalize after treatment in essential blepharospasm and hemifacial spasm

Gustavo R. Gameiro, Midori H. Osaki, Teissy Osaki, Denny Garcia, Antonio Augusto Cruz and Tammy H. Osaki

Federal University of São Paulo/ UNIFESP and University of S. Paulo/ USP - RP

INTRODUCTION

A comprehensive analysis of blinking parameters is clinically relevant to understand the complexity of facial movement disorders and the effect of treatment on these parameters.

We aimed to investigate the effect of botulinum toxin injections on blinking parameters in blepharospasm (BSP) and hemifacial spasm (HFS) patients and assess if these parameters become comparable to controls after treatment.

METHODS

Thirty-seven patients (26 HFS, 11 BSP) with moderate to severe disease and 12 age-matched control subjects were included. Patients were followed-up before and 30 days after BoNT (Botox, Allergan, Irvine, CA) injections.

A high-speed camera and micro-LEDs were used to register 3 min videos of blinking. A custom-made software using MATLAB was used to objectively evaluate blinking parameters.

Outcomes were blinking frequency, amplitude and maximum velocity of eyelid closing during blinking.

RESULTS

BoNT injections led to a significant reduction in blinking frequency, amplitude, and velocity, both in BSP and on the affected side of HFS patients, compared to baseline. Amplitude and velocity after BoNT applications were significantly lower in BSP and on the affected side of HFS patients, when compared to normal controls. HFS and BSP patients presented a significantly lower velocity of eyelid closure, even before BoNT injections ($p<0.01$), compared to controls. Fig 1 shows and compares all the studied parameters.

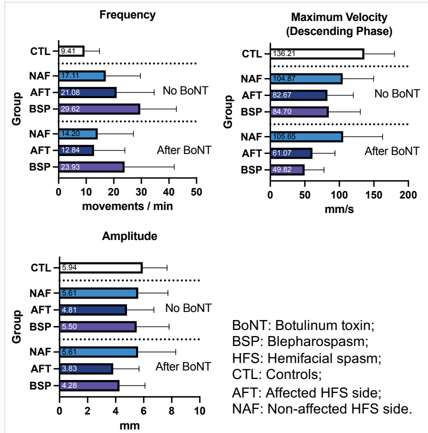


Fig 1. Comparison of blinking parameters in patients with essential blepharospasm, hemifacial spasm, and control subjects

DISCUSSION AND CONCLUSION

Although blinking frequency became close to normal, eyelid closure velocity and amplitude were found to be lower in BSP and HFS patients after BoNT injections, when compared to age-matched controls. The velocity of eyelid closure was shown to be significantly lower, even before BoNT treatment, in these patients (vs. controls), suggesting that a possible conversion of fast into slow fibers in orbicularis oculi may occur after years of involuntary contractions. Further immunohistochemical studies need to be conducted in order to better understand this finding.

REFERENCES

1. Kenney C, Jankovic J. Botulinum toxin in the treatment of blepharospasm and hemifacial spasm. Journal of Neural Transmission 2008;115(4):585-591.
2. Osaki MH, Osaki TH, Garcia DM, Osaki T, Gameiro GR, Belfort Jr R, Cruz AAV. Analysis of blink activity and anomalous eyelid movements in patients with hemifacial spasm. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2020; 258(3): 669-74
3. Manning KA et al. Eyelid Movements before and after Botulinum Therapy in Patients with lid Spasm. Ann Neurol 1990; 28:653-660.

DIFERENÇAS ENTRE DISTIQUÍASE ADQUIRIDA E TRIQUÍASE

Júlia C. Garcia

Raquel G. Bezerra

Marina T. R. Artioli

Lucieni C. B. Ferraz

Carlos R. Padovani

Silvana A. Schellini

Diferenças entre distiquíase adquirida e triquíase

Júlia C. Garcia[1]; Raquel G. Bezerra[1]; Marina T. R. Artioli[1]; Lucieni C. B. Ferraz[2]; Carlos R. Padovani[1]; Silvana A. Schellini[1]
[1]Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – UNESP; [2]Hospital Estadual de Bauru (HEB)

INTRODUÇÃO

A distiquíase adquirida e a triquíase são alterações ciliares resultantes de processos fisiopatológicos distintos, mas que podem ser provocados por afecções semelhantes[1,2,3]. Há diferenças entre distiquíase adquirida e triquíase que são pouco exploradas, o que nos levou a realizar este estudo, visando descrever características de portadores destas duas afecções, assim como as condições associadas.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, realizado nos Ambulatórios de Plástica Ocular da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB) e do Hospital Estadual Bauru (HEB), analisando 223 portadores de distiquíase adquirida e de triquíase, atendidos no ano de 2018. A pesquisa foi analisada e aprovada pelos comitês de ética das instituições, e o termo de consentimento foi dispensado por se tratar de estudo retrospectivo. Variáveis demográficas (idade e sexo), diagnóstico causal e quantidade de cílios alterados foram obtidos dos prontuários eletrônicos e tabulados em planilha Excel e analisados estatisticamente buscando associações com as variáveis de interesse pelo teste de associação de Goodman e teste T de Student ($p < 0{,}05$).

RESULTADOS

Dos 223 pacientes analisados, 57 possuíam distiquíase adquirida, sendo 26 (45.6%) do sexo masculino, com média de idade de 71.7 anos (DP ± 11.2 anos), 38 (66.6%) apresentavam meibomite, 6 (10.5%) apresentavam entrópio e 5 (8.7%), ectrópio. A média de cílios distiquiáticos foi de 0,7 ± 1.6 por paciente; o número de cílios alterados em pálpebras superiores (PS) foi de 12 (24,5%) e nas inferiores (PI), de 65 (26%). Os portadores de triquíase foram 187, 95 (50.8%) do sexo masculino, com média de idade de 71.1 ± 12.4 anos, 147 (78.6%) apresentavam meibomite, 21 (11.2%) entrópio e 21 (11.2%) ectrópio, com média de cílios triquiáticos de 2.9 ± 2.9 cílios por paciente; o número de cílios na PS foi de 41 (83.7%) e na PI de 213 (85,2%). Um mesmo paciente poderia apresentar distiquíase adquirida e triquíase.

DISCUSSÃO

Observou-se que a distiquíase adquirida e a triquíase apresentam distribuição homogênea entre os sexos, ocorrem mais em idosos e possuem a meibomite como causa mais frequente, concordando com outros estudos[1,2,3,4]. Além de a triquíase ser mais frequente (84,9%) do que distiquíase adquirida (25,8%, $p < 0{,}001$), a média de cílios afetados por pálpebra também é maior na triquíase. A distribuição de ambas as condições entre PS e PI foi homogênea, ao contrário do que descrevem outros autores, que indicam as PI como mais afetadas[2].

CONCLUSÃO

Nossos achados confirmam que a triquíase é mais frequente do que a distiquíase adquirida, sendo a causa mais comum para ambas as condições inflamatórias da margem palpebral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Singh S. Distichiasis: An update on etiology, treatment and outcomes. Indian J Ophthalmol. 2022;70(4):1100-1106.
2. Bezerra RG, Meneghim RLFS, Padovani CR, Schellini SA. Diode Green Laser in the Lid Trichiasis Treatment. J Ophthalmic Vis Res. 2021 Jul 29;16(3):320-324.
3. Ferreira IS, Bernardes TF, Bonfioli AA. Trichiasis. Semin Ophthalmol. 2010;25(3):66-71.
4. Kirkwood BJ, Kirkwood RA. Trichiasis: characteristics and management options. Insight. 2011;36(2):5-9.

LOW-LEVEL LIGHT THERAPY AFTER OCULOPLASTIC SURGERY

Aline Rabelo Ferreira

Yasmin Alves Parreira

Alexia Larissa de Souza

Fernanda Mendonça Galvão

Marlos Rodrigues Lopes e Silva

Larissa dos Santos Egea Alcantara

LOW-LEVEL LIGHT THERAPY AFTER OCULOPLASTIC SURGERY

Aline Rabelo Ferreira, Yasmin Alves Parreira, Alexia Larissa de Souza, Fernanda Mendonça Galvão, Marlos Rodrigues Lopes e Silva, Larissa dos Santos Egea Alcantara
Centro de Referência em Oftalmologia/Universidade Federal de Goiás

INTODUCTION

Photobiomodulation (PBM) involves the use of red or near-infrared light at low power densities to produce a beneficial effect on cells or tissues. The aim of this study was to avaluate the effects of PBMT applied after oculoplastic surgery.

METHODS

A randomized self-controlled clinical trial performed at the Ophthalmology Reference Center, Federal University of Goiás, Goiânia, Brazil. The red and infrared laser was applied unilaterally in patients who submitted bilateral oculoplastic surgeries, on the inflammatory peaks of the postoperative period (days 1, 3, 5, 7 and 10)

RESULTS

The study is expected to be completed in November/2022, so far it has a n: 24 patients who are followed up in inflammatory peaks, the comparison is made from photos. So far, it has been possible to notice a reduction in ecchymosis. Some patients report less pain. The figure 1 shows a patient in the 3rd and 10th post laser therapy in left eye scar.

PICTURES



Fig. 1

DISCUSSION

PBM therapy is used to reduce pain, inflammation, edema, and to regenerate damaged tissues such as wounds, bones, and tendons[1]. Randomized control trials demonstrated therapeutic outcomes, with no adverse events, using low-level light therapy for the treatment of diabetic foot ulcers[2]. PBM associated with non-surgical periodontal therapy, also promotes additional benefits in the short term and accelerates the bone and gingival tissue repair process, and also reduces postoperative symptoms of periodontal surgery[3]. In ophthalmology, PBM has been proposed as a form of treatment for meibomian gland dysfunction and dry eye disease (no reliable evidence supporting the efficacy was found) but has never been evaluated after surgeries[4]. In general, our results demonstrated that PBM applied after oculoplastic surgeries was effective in reducing postoperative pain and ecchymosis, with moderate interference in edema and final healing.

CONCLUSION

Although the present study is still in progress, it was already possible to notice difference in the inflammatory phases of healing in the postoperative period.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1.Hamblin MR. Mechanisms and Mitochondrial Redox Signaling in Photobiomodulation. Photochem Photobiol. 2018;94(2):199-212.
2.Tchanque-Fossuo CN, Ho D, Dahle SE, Koo E, Li CS, Isseroff RR, et al. A systematic review of low-level light therapy for treatment of diabetic foot ulcer. Wound Repair Regen. 2016;24(2):418-26.
3.Theodoro LH, Marcantonio RAC, Wainwright M, Garcia VG. LASER in periodontal treatment: is it an effective treatment or science fiction? Braz Oral Res. 2021;35(Supp 2):e099.
4.Markoulli M, Chandramohan N, Papas EB. Photobiomodulation (low-level light therapy) and dry eye disease. Clin Exp Optom. 2021;104(5):561-6.

MORFOLOGIA DO TARSO NO ENTRÓPIO DE PÁLPEBRA SUPERIOR PÓS-CIRURGIA DE PTOSE

Juliana Albano de Guimarães

Antonio A. V. Cruz

Stefania B. Diniz

Roque L. Souza

Sheila A. P. Cecchetti

Lilyan M. F. Araújo

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Morfologia do tarso no entrópio de pálpebra superior pós-cirurgia de ptose

Juliana Albano de Guimarães[1], Antonio A. V. Cruz[1], Stefania B. Diniz[2], Roque L. Souza[1], Sheila A. P. Cecchetti[3], Lilyan M. F. Araújo[4]

[1]FMRP –USP; [2] Hospital de Base do Distrito Federal, [3]Irecê, BA, [4]Hospital de Olhos Francisco Vilar, Teresina, PI

INTRODUÇÃO

O entrópio palpebral superior (EPS) é uma complicação da cirurgia de ptose. Descrevemos a morfologia tarsal de uma série de pacientes que desenvolveram EPS após a correção da ptose, tratados com técnicas de rotação marginal.

MÉTODOS

Revisão retrospectiva multicêntrica de 10 pacientes que desenvolveram EPS após correção de ptose.

RESULTADOS

EPS ocorreu após diferentes técnicas de cirurgia de ptose, incluindo conexão/suspensão frontal, avanço frontal e ressecção do músculo levantador da pálpebra superior. Prega tarsal horizontal foi detectada em todas as pálpebras, sendo localizada no terço superior do tarso em 70% dos casos e no tarso central, em 20% dos casos. A deformidade tarsal foi corrigida em todos os casos com rotação marginal, sendo 9 casos operados pela abordagem anterior via sulco palpebral e 1, pela tradicional abordagem posterior de Trabut. A complicação mais relatada foi ptose residual mínima.



Figura 1. Deformidades tarsais horizontais presentes em pacientes com EPS após cirurgia de ptose. A e B – após cirurgia de ressecção de músculo levantador da pálpebra superior. C – após cirurgia de conexão/suspensão frontal.



Figura 2. Ilustração da visão sagital da deformidade tarsal observada nos casos de EPS após cirurgia de ptose.



Figura 3. Fotos clínicas pré (A) e pós-operatórias (B) de EPS manejado com rotação marginal.

DISCUSSÃO

Deformidade horizontal tarsal caracterizada por duas curvas que formavam uma dobra em direção ao olho foi encontrada nos casos de EPS após cirurgia de ptose. Na maioria dos casos, localizava-se próximo à borda tarsal superior, refletindo a localização mais comum das suturas tarsais na cirurgia de ptose. Acreditamos que a combinação de alta tensão vertical e maleabilidade do tarso é um dos principais fatores para o EPS.

CONCLUSÃO

O EPS após cirurgia de ptose está associado a dobras localizadas na parte superior do tarso. As técnicas de rotação marginal são eficazes para restaurar a posição natural da margem palpebral nesses casos.

REFERÊNCIAS

1. Shafi FK, MehtaP, Ahluwalia HS. Upper lid entropion post ptosis correction: is tarsal buckling the cause? Orbit (Amsterdam, Netherlands). 2012;31(4):246-248.
2. Patipa M, Wilkins RB. Vertical tarsal buckling as a complication of levator aponeurosis repair for acquired blepharoptosis. American journal of ophthalmology. 1984;97(1):93-99.
3. Cruz AA, Akaishi PM, Al-Dufaileej M, Galindo-Ferreiro A. Upper lid crease approach for margin rotation in trachomatous cicatricial entropion without external sutures. Arquivos brasileiros de oftalmologia. 2015;78(6):367-370.
4. Trabut G. Entropion-trichiasis en Afrique du Nord. Son opération par voie conjunctivale. Arch Ophthalmol (Paris). 1949;9:701-707.

SMARTPHONE AND A CUSTOM-MADE SOFTWARE TO ASSESS BLEPHAROSPASM PATIENTS

Cristina Yabumoto

Midori H. Osaki

Gustavo Gameiro

Mauro Campos

Tammy H. Osaki

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Smartphone and a custom-made software to assess blepharospasm patients

Cristina Yabumoto, Midori H. Osaki, Gustavo Gameiro, Mauro Campos, Tammy H. Osaki
Federal University of S. Paulo / UNIFESP

INTRODUCTION

The effect of botulinum toxin injections in essential blepharospasm (EB) patients is usually assessed using grading systems. However, these systems do not permit to accurately assess the treatment effect. It is complex to objectively assess these patients, since they exhibit chaotic patterns of anomalous eyelid movements.

We aimed to present a practical tool using the smartphone camera and a custom-made software to objectively assess the therapeutic effects of botulinum toxin (BTX) in these patients.

METHODS

Twenty patients with moderate to severe EB and 15 age-matched normal subjects (control group) were recruited to participate in this study. EB patients were treated with botulinum toxin (Botox, Allergan, Irvine, CA) injections on the affected muscles.

A smartphone (Iphone 6S, Apple, Cupertino, CA) was used to record the eyelid movements during 3 minutes in a standardized manner (Fig.1). The eyelid movements frequency was analyzed by a custom-made software at baseline and 15 days after treatment. Six facial landmarks were used to identify the eyes in each frame. These landmarks were tracked in each eye. The algorithm estimates the landmark positions, using a single scalar quantity – eye aspect ratio (EAR), which represents the level of the eye opening in each frame (Fig. 2).

RESULTS

A statistically significant reduction was observed on the eyelid movements frequency 15 days after the injections: 9.29 ± 6.87 vs baseline: 23.18 ± 12.85 movements/min; $p < 0.0001$ (Fig 3).

Before treatment, the frequency was significantly higher in the EB group: 23.18 ± 12.85 movements/min, compared to the control group: 9.88 ± 9.32 eyelid movements/min ($p = 0.0016$).

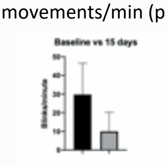


Fig 3. Comparison between eyelid movements frequency at baseline and 15 days after botulinum toxin applications in the EB group

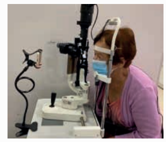


Fig.1. Recording of the eyelid movements using a smartphone

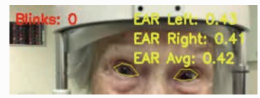


Fig. 2. Software developed to assess the eyelid movements frequency

No statistically significant difference was observed between post-treatment eyelid movements frequency vs age-matched healthy subjects ($p=0.65$).

DISCUSSION

Previously employed objective approaches to assess the effect of BTX on EB patients were more invasive (electromyography, eyelid closure force), less accurate (reviewing videotapes) or complex video systems that required specific devices and were, therefore, unfeasible to be used in clinical practice.

The use of a smartphone had been previously reported to assess spontaneous blinking in normal subjects, but to the best of our knowledge, no previous studies have reported its use, in association with a custom-made software, in order to objectively assess EB patients.

CONCLUSION

The practical tool presented herein enabled objective assessment of botulinum toxin response in EB patients. Further refinement of this system is being conducted, so that it can be made available for the medical community.

REFERENCES

1.Bilyk JR, Yen MT, Bradley EA, et al. Chemodenervation for the Treatment of Facial Dystonia: A Report by the American Academy of Ophthalmology. Ophthalmology 2018; 125(9):1459-1467.

2. Osaki MH, Osaki TH, Garcia DM, Osaki T, Gameiro G, Belfort R Jr, Cruz AAV. An objective tool to measure the effect of botulinum toxin inblepharospasm and hemifacial spasm. Eur J Neurol. 2020 Aug;27(8):1487-1492.

3. Godfrey KJ, Wilsen C, Satterfield K, Korn BS, Kikkawa DO. Analysis of Spontaneous Eyelid Blink Dynamics Using a 240 Frames per Second Smartphone Camera. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2019;35(5):503-505.

TÉCNICA DE BICK NO CEC PALPEBRAL

Thiago G Pimenta

Samantha R Muccini

Hugo T F Borges

Celia S C O Sathler

Técnica de Bick no CEC palpebral

Thiago G Pimenta (Coordenador Oculoplástica UPO Oftalmologia), Samantha R Muccini, Hugo T F Borges, Celia S C O Sathler (Assitente Oculoplástica Santa Casa de São Paulo)

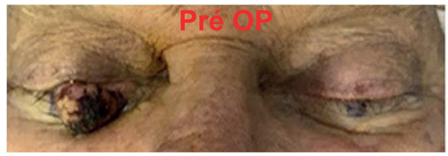
INTRODUÇÃO

O Carcinoma Espinocelular (CEC) tem como origem histológica a camada espinhosa da epiderme. É o segundo tumor maligno mais comum, sendo mais agressivo e invasivo que o carcinoma basocelular. Este relato tem por finalidade demonstrar a aplicação de uma adaptação da técnica do pentágono invertido para abordagem de lesões bem delimitadas.

RELATO DO CASO

Paciente, 80 anos, sexo masculino, caucasiano, deu entrada no serviço de pronto atendimento de oftalmologia para avaliação de lesão em pálpebra inferior do olho direito, medindo 19x9mm, com aspecto nodular, pigmentada em sua superfície, endurecida e aderida a planos inferiores. Relata que esta lesão surgiu no inicio de 2016 com crescimento progressivo e rápido. Negava dor ou alteração da acuidade visual. Foram solicitados os exames pré-operatórios para realização da ressecção da lesão. Foi optado pela ressecção total com margem de segurança (23x12 mm, incluindo a lesão e as margens) utilizando a técnica do pentágono invertido (Bick) e reconstrução palpebral no mesmo tempo cirúrgico, com enxerto de espessura total da pálpebra inferior contralateral, obtido com a mesma técnica (7x4 mm). A peça cirúrgica foi enviada para exame anatompatológico, sendo feito diagnóstico de carcinoma espinocelular, sem comprometimento das margens cirúrgicas. O enxerto foi suturado por planos, alinhando as estruturas do enxerto às da pálpebra receptora. Na pálpebra doadora foram realizadas as suturas habituais para Bick.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS







DISCUSSÃO:

A adaptação da técnica de Bick, utilizando-se um pentágono grande para remover a lesão e outro menor como enxerto para reconstrução, demonstrou-se segura (pela ressecção total da área acometida com margens cirúrgicas sem comprometimento), reprodutível e com resultado estético bastante satisfatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Neoplasias malígnas das pálpebras na Faculdade de Medicina de Botucatu; Lid malign neoplasms in Botucatu Medical School. SA Schellini, JP Costa, PT Paro, MEA Marques, MRBM Silva Rev. bras. oftalmol 49 (5)
- LEE, Tae-Soo, et al. "Analysis of classification and incidence of eyelid and orbital tumors." *Journal of the Korean Ophthalmological Society* (1997): 1700-1705.
- Matayoshi, Suzana; Forno, Eliana Aparecida; Moura, Eurípedes da Mota - Manual de cirurgia plástrica ocular: Ed. Roca, 2004 p167-171.

SUCESSO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO NA SÍNDROME DE FAVRE- RACOUCHOT

Camila Guglielmeli Ribeiro

Sylvia Regina Temer Cursino

Mariana Anunciação Saulle



Sucesso do tratamento cirúrgico na Síndrome de Favre-Racouchot

Camila Guglielmeli Ribeiro, Sylvia Regina Temer Cursino, Mariana Anunciação Saulle

Hospital Oftalmológico de Sorocaba (BOS)

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Favre-Racouchot (SFR) é caracterizada pela presença de múltiplos comedões e cistos foliculares localizados principalmente na região orbitária de indivíduos suscetíveis. A síndrome é limitada a pele e tem relação com exposição solar crônica e tabagismo. É mais comum em homens caucasianos na quinta década de vida. O diagnóstico é clínico e raramente o exame histopatológico é necessário. Foram propostos vários tratamentos, incluindo retinoides sistêmicos e tópicos, extração mecânica dos comedões, curetagem, cauterização, laser de CO2 e excisão cirúrgica. O caso relatado tem como objetivo demonstrar o sucesso do tratamento cirúrgico de uma apresentação exuberante da síndrome.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 84 anos, tabagista, com antecedente de atividade rural , apresentava lesões nas regiões periocular e malar em ambos os lados da face, constituídas por cistos pouco eritematosos e comedões grandes em pele espessada e com sulcos profundos (figura 1). Queixava-se de eritema, irritação, prurido e saída de secreção esporádica nas lesões císticas. Foi feito diagnóstico clínico de Síndrome de Favre Racochout. O tratamento realizado foi cirúrgico e consistiu na exérese cirúrgica em elipse de múltiplas lesões císticas, seguida de sutura simples com nylon 6.0. No exame histológico foram evidenciados cistos epidérmicos com lâminas de ceratina na luz associados a proliferação de células névicas e fibras colágenas na derme. O resultado do procedimento foi avaliado 90 dias após a sua realização (figura 2).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: A - Lesões na face no pré-operatório; B - Lesões na hemiface direita no pré-operatório.



Figura 2: A - Lesões na face no pós-operatório; B - Lesões na hemiface direita no pós-operatório

DISCUSSÃO:

Não há consenso no tratamento da SFR. A terapia com peelings apresenta benefícios mínimos devido a grande profundidade dos comedões e a remoção manual possui efeito transitório. A aplicação de retinoides tópicos e sistêmicos têm como limitação o longo tempo necessário para o efeito. A excisão cirúrgica é o tratamento de escolha nos casos avançados e pode ter como complicações lesão do nervo facial e ectrópio pós operatório. No caso relatado, optou-se pela excisão cirúrgica das lesões devido a grande extensão do quadro, com obtenção de excelente resultado e melhora na qualidade de vida do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Patterson WM, Fox MD, Schwartz RA. Favre-Racouchot disease. Int J Dermatol 2004;43:167-9

2- Almeida AL et al. Síndrome de Favre-Racouchot: ótima resposta ao tratamento cirúrgico. Surg Cosmet Dermatol. Rio de Janeiro v.10 n.3 jul-set. 2018;(3 Supl 1); p.44-7

PARINAUD OCULOGLANDULAR SYNDROME CAUSED BY *SPOROTHRIX SCHENCKII*

Georgea Malfatti

Alexandre Mazzocato

Bruna Rymer

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Parinaud Oculoglandular Syndrome caused by *Sporothrix schenckii*

Authors: Georgea Malfatti, Alexandre Mazzocato, Bruna Rymer
Institution: Hospital Nossa Senhora da Conceição

INTRODUCTION

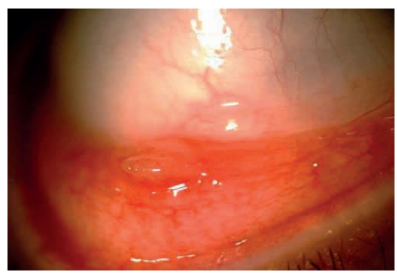
Sporotrichosis is an infection caused by a fungus called *Sporothrix schenckii*. The disease is transmited by trauma while manipulating contaminated soil, cats or by inhaling the fungi spores. Ocular involvement is possible, in some cases leading to Parinaud Oculoglandular Syndrome.

CASE REPORT

10-year-old female patient, admited in a teaching hospital, with skin lesions on the right zygomatic region of the face, associated with ipsilateral pre-auricular and submandibular lymphadenopathy. She presented with no other systemic symptoms. The patient had previously had contact with two cats which died of unknown reasons afterwards. Ophthalmologic assessment was required due to ocular discharge on the right side. Patient's Visual Acuity was 20/20 in both eyes. On Slit Lamp Biomicroscopy, she presented with moderated conjunctival hyperemia and granulomas in both superior (figure 1) and inferior fornices of the right eye (figure 2). Fundoscopy of the right eye was unremarkable. Left eye examination revealed no alterations. Parinaud Oculoglandular Syndrome was considered and biopsy of the conjunctival granulomas was performed. Patient was treated for *Bartonella* empirically, with no clinical improvement. Biopsy results showed Sporothrix schenkii in the lesions. Therapy was then modified to Itraconazol, and the patient evolved well.

FIGURES





DISCUSSION

Ocular Sporotrichosis is rare and Oculoglandular Parinaud Syndrome may be its only manifestation. It may present clinically similar to Bartonella's, therefore it is important to consider differencial diagnoses, to be thorough in history taking and physical examination, as well as to perform biopsy, which must be performed as soon as possible. Early diagnosis is essential to treat and reach cure.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

1. Rapuano CJ, Kim T, Luchs JI. Anterior segment: the requisites in ophthalmology. Missouri: Elsevier Health Sciences; 1999. Conjuntiva and external disease; p.1-45.

COLOBOMA DE PALPEBRA SUPERIOR

Astor Grummann Jr

Luana de Oliveira

Fernanda Karine Walber

Mariana Borsa Mallmann

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Coloboma de pálpebra superior

Astor Grummann Jr, Luana de Oliveira, Fernanda Karine Walber, Mariana Borsa Mallmann
Hospital Regional de São José

INTRODUÇÃO

O coloboma palpebral congênito é uma anomalia rara caracterizada pela falha da fusão das dobras mesodérmicas durante a embriogênese, envolvendo todas as camadas da pálpebra. A maioria é unilateral e geralmente na região medial da pálpebra superior e lateral da pálpebra inferior (1). Pode ocorrer de forma isolada ou associado a síndromes, como a síndrome de Treacher Collins, Goldenhar e Fraser (2). Devido ao risco de exposição corneana, pode-se apresentar como uma emergência em neonatos (1).

RELATO DO CASO

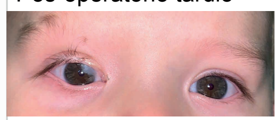
Recém-nascido com 3 dias de vida encaminhado devido exposição do olho direito. Nascido com 40 semanas e 6 dias, parto vaginal, sem intercorrências. História familiar negativa para doenças hereditárias ou oculares. Ao exame observado defeito de pálpebra superior de espessura total, com 45% de acometimento, associado a aderência córneo-palpebral na porção nasal superior, exposição corneana com ceratite puntata e hipoplasia de sobrancelha a direita. O restante do exame ocular era normal e sem alterações sistêmicas na investigação. A reconstrução cirúrgica foi realizada para liberação de aderência e reconstrução total da pálpebra superior, com aproximação direta e sutura com vicryl 6.0 de todas as camadas da pálpebra. Aos 9 meses de acompanhamento, havia contorno e fechamento palpebral favorável e conjuntivalização corneana nasal superior, sem causar astigmatismo importante.

SEGUIMENTO

Pré-operatório



Pós-operatório tardio



DISCUSSÃO

Para os colobomas que envolvem mais de 45% da pálpebra, reconstrução em dois estágios como Cutler-Beard e Hughes podem ser utilizados(1,3) entretanto a desvantagem dessas técnicas é a oclusão prolongada do olho com risco de desenvolvimento de ambliopia em crianças. (3) Neste caso, foi realizado o fechamento primário com reconstrução de todas as camadas palpebrais. Zhang et al realizaram também o fechamento primário de coloboma de pálpebra superior, com resultado estético e funcional favorável durante o período de seguimento. (4)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vulović D, Novaković M, Šarenac T, Janićijević-Petrović M, Petrović N, Srećković S et al. Congenital upper eyelid coloboma with ipsilateral eyebrow hypoplasia. Vojnosanit Pregl. 2012; 69(9):809-11.
2. Smith HB, Verity DH, Collin JRO. The incidence, embryology, and oculofacial abnormalities associated with eyelid colobomas. Eye. 2015; 29(4):492–8
3. Hashish A, Awara AM. One-stage reconstruction technique for large congenital eyelid coloboma. Orbit. 2011; 30(4):177-9.
4. Zhang DV, Chundury RV, Blandford AD, Perry JD. A 5-day-old-newborn with a large right upper eyelid coloboma. Digit J Ophthalmol. 2017; 23(3): 88–91

TRANSTORNO DISMÓRFICO CORPORAL E OCULOPLÁSTICA: RELATO DE CASO DE AUTOBLEFAROPLASTIA

Becker LLD

Remigio MCA

Rodrigues ATFA

Virgolino CAC

CIOP/CIEPO
29° Congresso Internacional de Oculoplástica
8° Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Transtorno dismórfico corporal e oculoplástica: Relato de caso de autoblefaroplastia

Becker LLD, Remigio MCA, Rodrigues ATFA, Virgolino CAC
Fundação Altino Ventura, Recife, Brasil.

INTRODUÇÃO

O Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), é um transtorno mental que se caracteriza por afetar a percepção que o paciente tem da própria imagem corporal, levando-o a ter preocupações irracionais sobre defeitos em alguma parte do seu corpo (1). Acomete mais o sexo feminino e inicia-se em geral na adolescência (1). É um transtorno neuropsiquiátrico que envolve vulnerabilidade genética, disfunção neuroquímica além de aspectos da história pessoal do paciente (1).

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos, chegou a emergência da Fundação Altino Ventura (FAV), referindo queda da própria altura com consequente abertura da pele palpebral em ambos os olhos. Foi direcionado ao bloco cirúrgico para fechamento da ferida palpebral e, neste momento, confessou ter realizado uma blefaroplastia superior em casa após assistir vídeos no YouTube. Referiu ter feito marcação com uma caneta e ter realizado corte da pele excedente com tesoura após ingerir bebida alcoólica para alívio da dor. O paciente referia incômodo persistente com a pele em excesso que havia em suas pálpebras e decidiu removê-las por conta própria. Foi realizado fechamento direto da ferida com Nylon 6-0, sem ajustes no desenho para preservar a pele que havia ficado. Não houve necessidade de interposição de enxerto de pele. Paciente retornou para retirada de suturas com sete dias, não quis mostrar fotografia prévia ao incidente. Foi encaminhado ao departamento psicossocial da FAV, porém não retornou mais para seguimento pós operatório.

FIGURAS



Figura 1: Foto pré –operatória.

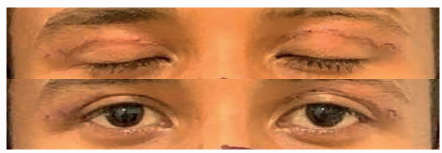


Figura 2: sétimo dia de pós-operatório.

DISCUSSÃO

O TDC é a doença psiquiátrica mais comum em indivíduos que buscam cirurgias estéticas (2). Os pacientes com esta patologia procuram tratamento com cirurgiões plásticos antes mesmo de qualquer avaliação psiquiátrica ou psicológica porque acreditam que possuem um problema físico e não mental (2). A consulta com o oculoplástico pode ser a única possibilidade diagnóstica nestes casos. Saber diagnosticar e encaminhar para o correto tratamento é uma importante forma de ajudar a tratar o sofrimento e angústia que estes pacientes vivenciam.

.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Brandão AS,et. al. *Transtono dismórfico corporal : uma revisão de literature.* Temas em psicologia. Vol 19,Nº2,525-540, 2011

2- Brito MJA, et. al. *Understanding the psychopathology of body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: a literature review.* Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. Vol 19,Nº4, 2014.

ANQUILOBLEFARO FILIFORME ADNATUM: UM RELATO DE CASO

Ana Karina Téles Silveira

Gabriela Pereira Lima Alves de Menezes

Leonel de Amorim Rodrigues

José Erivaldo Teixeira Junior

ANQUILOBLÉFARO FILIFORME ADNATUM: UM RELATO DE CASO

Ana Karina Téles Silveira; Gabriela Pereira Lima Alves de Menezes; Leonel de Amorim Rodrigues; José Erivaldo Teixeira Junior
Hospital das Clínicas – UFPE

INTRODUÇÃO

O Anquilobléfaro Filiforme Adnatum (AFA) consiste numa malformação congênita rara, de etiologia desconhecida, que se caracteriza pela fusão parcial ou completa das bordas ciliares das pálpebras superior e inferior. Na fusão parcial, as pálpebras podem ser unidas por uma ou várias aderências fibrosas. Normalmente, o AFA apresenta ocorrência esporádica. Porém, devido à possibilidade de associação com síndromes hereditárias, uma avaliação sistêmica detalhada sempre deve ocorrer, para descartar coexistência de outras patologias.

RELATO DO CASO

RN do sexo feminino, 04 dias de vida, natural e procedente de Caruaru-PE, nascida de parto vaginal a termo sem intercorrências, foi encaminhada ao serviço oftalmológico do Hospital das Clínicas em Recife-PE, devido a fusão palpebral bilateral congênita. A genitora, hígida, G3P1c2nA0, sem história de casamento consanguíneo ou quadros semelhantes na família, relatou que a criança também havia nascido com fusão entre palato duro e frênulo lingual. No entanto, alegou que, ainda na sala de parto, a aderência foi seccionada pela pediatra assistente. Ao exame ocular, era possível observar vários pontos de conexão entre as pálpebras superior e inferior, bilateralmente, formados por adesões filamentosas finas que surgiam a partir da margem palpebral (a nível da linha cinzenta) e limitavam a abertura ocular, atenuando a fenda palpebral (Fig. 1). À ectoscopia, não havia nenhuma outra malformação aparente, além de uma discreta icterícia em Zona 01 de Kramer. No mesmo momento, a nível ambulatorial, o manejo cirúrgico foi adotado: administrou-se anestésico tópico (Cloridrato de Benoxinato 0,4%), seguido de antissepsia das pálpebras com Clorexidina Aquosa e, por fim, a secção das aderências fibrosas com o auxílio de uma Tesoura Vannas. O procedimento resultou em mínimo sangramento, rapidamente resolvido com compressão local. Após o tratamento, a RN apresentou abertura palpebral completa e pôde-se observar que não havia alterações à ectoscopia (Fig. 2). A criança recebeu alta no mesmo dia, com prescrição de Regencel® pomada de 6/6h. Após 15 dias, procedeu-se à reavaliação oftalmológica, que não evidenciou anormalidades (Fig. 3).

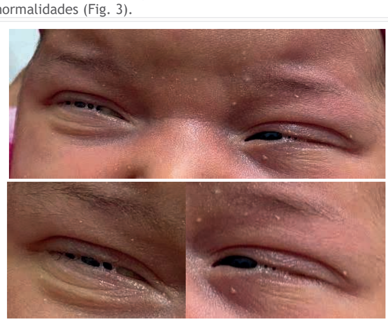


Figura 1: Anquilobléfaro filiforme adnatum bilateral



Figura 2: Aspecto pós operatório imediato

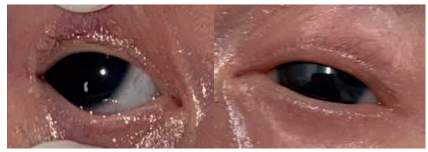


Figura 3: Recém-nascida 15 dias após o tratamento apresenta boa abertura palpebral e exame oftalmológico sem alterações.

DISCUSSÃO

Anquilobléfaro é definido como a fusão entre as pálpebras, que pode surgir desde o nascimento ou ser adquirida. Ele pode ocorrer de maneira completa, parcial ou interrompida. Essa última foi descrita pela primeira vez por Von Hasner em 1881. Ela também é conhecida como Anquilobléfaro Filiforme Adnatum (AFA) e se apresenta como faixas epiteliais finas (únicas ou múltiplas) que se estendem entre as pálpebras superior e inferior, cuja incidência gira em torno de 4,4 por 100.000 recém-nascidos.

Durante o desenvolvimento embrionário, em torno do 3º mês de gestação, as pálpebras se fundem para formar a cobertura epitelial. O processo de fusão começa medial e temporalmente, prosseguindo centralmente, de modo a formar uma linha de fusão completa até o 6˚ ou 7º mês de gestação. A partir desse momento, é iniciado o processo de separação das pálpebras, que começa medialmente e se estende ao longo do tempo. Quando essa separação não ocorre de maneira completa, tem-se o anquilobléfaro.

A etiologia exata do AFA congênito é desconhecida, mas, atualmente, a principal hipótese é de que ele surge devido à parada epitelial temporária e à rápida proliferação mesenquimal que resulta na união das pálpebras em posições anormais. Na maioria dos casos, essa malformação surge de maneira esporádica isolada. Porém, pode estar associada a outras doenças hereditárias, como anomalias do sistema nervoso central e/ou cardíacas, síndromes ectodérmicas, fenda labial e/ou palatina, síndrome do ptérigio poplíteo e anormalidades gastrointestinais. O AFA pode também estar associado a glaucoma infantil e a iridodisgenesia.

A conduta diante de um AFA deve ser a separação precoce das aderências, pelo risco de ambliopia por privação visual. Por se tratar de tecido conjuntivo fibrovascular, o tratamento é simples, com sangramento ausente ou escasso, podendo ser realizado a nível ambulatorial. Deve-se também proceder à pesquisa de síndromes multissistêmicas associadas tendo em vista que, algumas delas, podem ser potencialmente fatais. Dessa forma, o paciente deve ser abordado por uma equipe multiprofissional, que inclui Oftalmologistas, Pediatras, Geneticistas e Psicólogos, para proporcionar um tratamento adequado aos pacientes e oferecer apoio familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DANTAS, A. M., & SALLUM, J. M. (2013). *Embriologia, Genética e Malformações do Aparelho Visual - 3. ed.* Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan.
IOANNIDES, A., & GEORGAKARAKOS, N. (2011). Management of ankyloblepharon filiforme adnatum. *Eye*.
PHELPS, P. O., SAHU, S., YEN, M. T., & BURKAT, C. N. (2022). Ankyloblepharon. *American Academy of Ophthalmology*.
VIREIRA, M. J., CAMPOS, S., CARVALHEIRA, F., ARRUDA, H., MARTINS, J., & SOUSA, J. P. (2021). Ankyloblepharon Filiforme Adnatum: Case Report and Literature Review. *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*.
WILLIAMS, M., WHITE, S., & MCGINNITY, G. (2007). Ankyloblepharon filiforme adnatum. *Archives of Disease in Childhood*.
(ROSA, MACHADO, NETO, SÁ, & GAMONAL, 2010)
DANTAS, A. M., & SALLUM, J. M. (2013). *Embriologia, Genética e Malformações do Aparelho Visual - 3. ed.* Rio de Janeiro: Cultura Médica: Guanabara Koogan.
IOANNIDES, A., & GEORGAKARAKOS, N. (2011). Management of ankyloblepharon filiforme adnatum. *Eye*.
PHELPS, P. O., SAHU, S., YEN, M. T., & BURKAT, C. N. (2022). Ankyloblepharon. *American Academy of Ophthalmology*.
ROSA, D. J., MACHADO, R. F., NETO, M. P., SÁ, A. A., & GAMONAL, A. (2010). Síndrome de Hay-Wells: relato de caso. *Scielo Brasil*.
VIREIRA, M. J., CAMPOS, S., CARVALHEIRA, F., ARRUDA, H., MARTINS, J., & SOUSA, J. P. (2021). Ankyloblepharon Filiforme Adnatum: Case Report and Literature Review. *Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia*.
WILLIAMS, M., WHITE, S., & MCGINNITY, G. (2007). Ankyloblepharon filiforme adnatum. *Archives of Disease in Childhood*.

MICROBLEFARIA CONGÊNITA EM PACIENTE COM SÍNDROME DE DOWN

Luiza Boava Souza

Viviane Patricia Oliveira de Barros

Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim

Silvana Artioli Schellini

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Microblefaria congênita em paciente com síndrome de Down

Luiza Boava Souza; Viviane Patricia Oliveira de Barros; Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneghim; Silvana Artioli Schellini
Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

INTRODUÇÃO

Microblefaria é uma anomalia congênita rara, caracterizada pelo encurtamento vertical das lamelas anteriores das pálpebras.[1] Foi relatada inicialmente por Cornaz, em 1848, e suas características clínicas foram detalhadas por Fuchs, em 1885. Manifesta-se clinicamente por euribléfaro, ectrópio e lagoftalmo, podendo se associar a outras alterações oculares e malformações sistêmicas.[2] A origem da microblefaria está relacionada à deficiência do mesênquima derivado da crista neural durante a embriogênese.[3] A associação da microblefaria com a síndrome de Down foi observada em 1916[4], sendo poucos os casos descritos na literatura. O objetivo deste é relatar um caso de microblefaria ocorrendo em associação com a síndrome de Down.

RELATO DO CASO

Criança feminina, 9 meses, nascida de parto normal a termo, com síndrome de Down (confirmada por estudo citogenético: cariótipo 47 XX+21) apresentava microblefaria, com visível redução do folheto anterior nas quatro pálpebras, euribléfaro bilateral (maior à direita), epicanto e lagoftalmo importante. Aos 2 meses de idade, desenvolveu úlcera corneana no olho direito, tratada clinicamente, restando leucoma corneano. Desde então, usa continuamente colírio e pomada lubrificantes. Com este quadro, optou-se por realizar cirurgia bilateral nas pálpebras inferiores e superiores, tendo sido feito enxerto de pele fina retro-auricular nas pálpebras superiores e *tarsal strip* associado a *midface lift* supra-periosteal para reposicionamento das pálpebras inferiores. O resultado logo após a cirurgia foi bom. Após dois meses, a posição das pálpebras inferiores se encontra mais baixa do que logo depois da cirurgia, porém mantendo redução do lagoftalmo e da exposição ocular (Figura 1).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

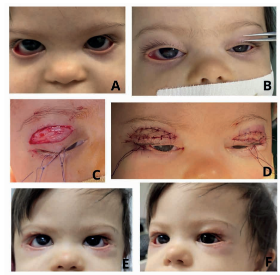


Figura 1: A e B) Pré-operatório observando-se os folhetos anteriores das quatro pálpebras de tamanho reduzido; **C)** Enxerto de pele fina nas pálpebras superiores e **D)** reposicionamento das inferiores por *tarsal strip* e *mid face lift* imediatamente após a cirurgia; **E e F)** Aspecto dois meses após a cirurgia.

DISCUSSÃO

Abordamos o caso de uma criança portadora de microblefaria e síndrome de Down. Assim como observado em nossa paciente, a maioria dos casos de microblefaria é bilateral, mas o acometimento pode ser unilateral.[5] Há registro de associação com outras alterações oculares, como afacia e microftalmia.[6] Nossa pacienteo apresentava além da microblefaria, epicanto, alteração presente em 100% dos portadores da síndrome de Down[7], euribléfaro e lagoftalmo. O manejo depende da sua gravidade. No caso descrito, a paciente necessitou de cirurgia devido ao lagoftalmo grave que levava a exposição importante da córnea. A cirurgia teve por finalidade preservar a visão. Embora a paciente tenha ficado muito bem ao final do procedimento, após dois meses apresenta certo grau de lagoftalmo e a pálpebra inferior novamente desceu. No entanto, não há mais ceratite e a criança permanecerá em seguimento para decidir sobre necessidade de futuros procedimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1]Meel R, Devi S, Ganger A, SM, Pushker N. Isolated severe microblepharon in a neonate. Int Ophthalmol. 2018;2175-2178. [2]Klauss V, Mnyalla ND, Dechant WN et al. Beidseitiges Kongenitales Mikroblepharon.1981;366–367. [3]Jakobiec F. Ocular anatomy, embryology, and teratology. Harper & Row, Philadelphia. Chap 2, 3, 33; 1982. [4]Von Herrenshwand F. Ueber Ectropium Conjunctivae Palpebral Congenitum.1916; 56: 477–483. [5]Bernardini FP, Kersten RC, de Concilis C, Devoto MH. Unilateral microblepharon. Ophthalmic Plast Reconstr Surg.2004;467–469. [6]Merriam JC, Stalnecker MC, Merriam GR. Reconstruction of the lids of a child with microblepharon. Trans Am Ophthalmol Soc. 1988; 86:55–93. [7]Solomons, G.; Zell Weger, H.; Janhke, P.G.; Opitz, E.: Four Common Eye Signs in Mongolism. Am J Dis Child. 1965; 10: 46-50.

ASSOCIAÇÃO DE ÁCIDO HIALURÔNICO E CALCIPOTRIOL PARA ECTRÓPIO CICATRICIAL EM PACIENTE COM ICTIOSE LAMELAR

Stefânia B. Diniz

Lara M. Barreto

Michela O. Rosado

Anna Vitória T. Siqueira

ASSOCIAÇÃO DE ÁCIDO HIALURÔNICO E CALCIPOTRIOL PARA ECTRÓPIO CICATRICIAL EM PACIENTE COM ICTIOSE LAMELAR

Stefânia B. Diniz[1]; Lara M. Barreto[1]; Michela O. Rosado[1]; Anna Vitória T. Siqueira[1].
[1]Instituto Hospital de Base do Distrito Federal. Brasília, DF. Brasil

INTRODUÇÃO

A ictiose lamelar é uma genodermatose autossômica recessiva caracterizada pela hiperqueratinização da pele. Uma das manifestações oculares associadas à ictiose é o ectrópio cicatricial, o que resulta em lagoftalmo restritivo e ceratopatia de exposição, eventualmente gerando cicatrização corneana. Embora técnicas cirúrgicas e não-cirúrgicas tenham sido descritas para tratar o envolvimento oculopalpebral, essas abordagens geralmente têm modesta eficácia. Este relato apresenta a experiência preliminar com o uso de preenchedor de ácido hialurônico em associação com calcipotriol tópico como alternativa não cirúrgica no tratamento do ectrópio cicatricial recalcitrante.

RELATO DO CASO

Masculino, 71 anos, acometido por ictiose lamelar, queixando-se de eversão espontânea das quatro pálpebras, induzida pelo piscar ou ao fechar os olhos. O paciente tinha história de ectrópio cicatricial, lagoftalmo, e antecedentes de várias cirurgias reconstrutivas com enxertos de pele retroauricular e supraclavicular. Esotropia intermitente estava presente desde a infância. O exame demonstrou pele severamente ressecada e espessada, retração palpebral superior e inferior com ectrópio cicatricial secundário a deficiência da lamela anterior. Eversão bilateral dos 4 pontos lacrimais, associada à queratinização conjuntival (figura 1a e 1b). Biomicroscopia com cicatriz corneana e opacidade setorial em olho esquerdo. A melhor acuidade visual corrigida foi 20/20 em olho direito e 20/100 em olho esquerdo.

Dada a natureza desses achados, o paciente foi submetido a injeções de 2mL de ácido hialurônico Restylane® lidocaine (Galderma, Lausanne, Suíça), distribuídas entre as pálpebras superiores e inferiores. O gel foi injetado em alíquotas de aproximadamente 0,1mL no plano subcutâneo na região pré-tarsal e pré-septal. Nas pálpebras inferiores, o preenchedor também foi injetado no plano do músculo retrator palpebral. Adicionalmente, foi prescrito para o paciente calcipotriol pomada Daivonex® 50mcg/g (Leo Pharma Ltda, Brasil), a qual foi aplicada na região periocular uma vez ao dia por um período de 4 meses, poupando a pele pré-tarsal. Após as injeções, houve resolução completa da eversão palpebral espontânea ao piscar, e melhora substancial no ectrópio e no suporte vertical da pálpebra. Tal resultado foi sustentado num período de 6 meses após o tratamento (figura 1c e 1d). Dentre as complicações, foi observado efeito tyndall, equimoses transitórias e edema palpebral.

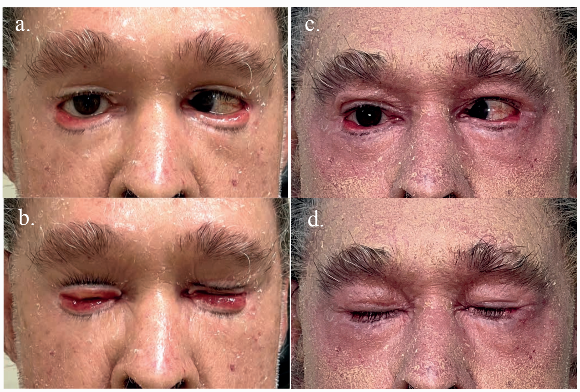


Figura 1. Paciente com ictiose lamelar antes **(a e b)** e 6 meses após tratamento **(c e d)** com 2mL de ácido hialurônico injetável associado ao uso tópico de calcipotriol pomada 50mcg/g, com resolução da eversão palpebral espontânea e melhora do ectrópio.

DISCUSSÃO

O sinergismo entre o preenchimento de ácido hialurônico e o calcipotriol tópico é promissor no tratamento do ectrópio cicatricial em pacientes com ictiose lamelar. Enquanto o primeiro gera uma expansão tecidual da derme e do subcutâneo, o último reduz o *turnover* epidérmico de queratinócitos, aumentando a elasticidade e promovendo o afinamento da pele. Esta associação permite ajustar a posição da pálpebra de maneira previsível, mantendo sua capacidade funcional, e driblando os riscos e a morbidade das intervenções cirúrgicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weston WL, Lane AT, Morelli JG. Chapter 19 - Genodermatoses. In: Weston WL, Lane AT, Morelli JG, editors. Color Textbook of Pediatric Dermatology (Fourth Edition). Edinburgh: Mosby; 2007. p. 343-64.
2. Cruz AA, Menezes FA, Chaves R, Pinto Coelho R, Velasco EF, Kikuta H. Eyelid abnormalities in lamellar ichthyoses. Ophthalmology. 2000;107(10):1895-8.
3. Goldberg R, Neuhaus R. Eyelid malpositions associated with skin and conjunctival disease. Ophthalmol Clin North Am. 1992;5:227-41.
4. Uthoff D, Gorney M, Teichmann C. Cicatricial Ectropion in Ichthyosis: A Novel Approach to Treatment. Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery. 1994;10(2):92-5. Taban M, Mancini R, Nakra T, Velez FG, Ela-Dalman N, Tsirbas A, et al. Nonsurgical management of congenital eyelid malpositions using hyaluronic Acid gel. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2009;25(4):259-63.
6. Morax S, Hurbli T. The management of congenital malpositions of eyelids, eyes and orbits. Eye (Lond). 1988;2 (Pt 2):207-19.

REGENERAÇÃO ABERRANTE DO SÉTIMO NERVO CRANIANO APÓS INFECÇÃO POR COVID-19

Letícia Albuquerque Cunha

Germana Esmeraldo Monteiro

Mariana Zaíra M. L. Ribeiro

Regeneração aberrante do sétimo nervo craniano após infecção por covid-19

Letícia Albuquerque Cunha[1] ; Germana Esmeraldo Monteiro[1]; Mariana Zaíra M. L. Ribeiro[1]
1. Instituto Cearense de Oftalmologia

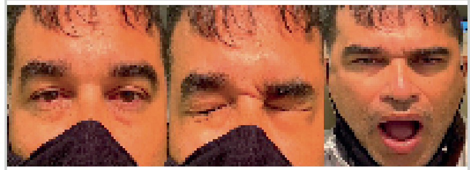
INTRODUÇÃO

A síndrome das lágrimas de crocodilo, também conhecida como Síndrome de Bogorad ou epífora gustativa, consiste no lacrimejamento secundário a estímulos olfativos, gustativos ou à mastigação. Apesar de ser um evento adverso raro, costuma ocorrer secundária à paralisia facial de Bell como sequela do envolvimento do nervo facial ipsilateral, desenvolvendo uma regeneração aberrante das fibras parassimpáticas.(1)

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 45 anos, diagnosticado com covid-19 em 2021. Após 2 semanas do início do quadro, iniciou de forma súbita desvio da comissura labial, diminuição da motricidade na hemiface direita tendo como hipótese diagnóstica paralisia de Bell e realizado prednisona 60 mg/dia por 5 dias e colírio lubrificante, além de fisioterapia motora. A ressonância magnética de crânio demonstrou área de capturação de contraste acometendo o nervo facial direito em sua porção canalicular distal e timpânica, sugestiva de paralisia de Bell. Assim, foi iniciado aciclovir 800mg/dia por 7 dias. Neste período, apresentou-se com quadro de epífora à direita sem fatores desencadeantes. Após 30 dias do início dos sintomas, foi diagnosticado lagoftalmo medial de 1mm à direta e prescrito gel ocular noturno com oclusão palpebral evoluindo com resolução do quadro. Após 3 meses retornou com o quadro de epífora à direita porém apenas ao mastigar. A sondagem era hard-stop com irrigação positiva em ambos os lados. Manteve-se a indicação de oclusão noturna do olho direito. Após 4 meses, o paciente retorna com melhora da motricidade ocular e facial, do lagoftalmo medial, porém ainda permanecendo com epífora associado ao ato de mastigar, sendo classificado como epífora funcional e indicado tratamento com toxina botulínica tipo A em glândula lacrimal principal à direita. (Figuras 1A , 1B e 1C).

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figuras1A, 1B e 1C – Exame das pálpebras normais, com ausência de lagoftalmo.

DISCUSSÃO:

As principias causas da paralisia facial periférica são virais, o que pode estar associado à infecção pelo covid-19. A epífora desencadeada pela paralisia facial está relacionada à fraqueza do músculo orbicular juntamente com a falha na bomba lacrimal. Esta, foi solucionada com a melhora da motricidade adquirida com as fisioterapias motoras, colírios lubrificantes, gel ocular e oclusão noturna. Porém, após 4 meses do início do quadro, inicia-se uma nova queixa de epífora sem associação com alterações palpebrais e infecção, contudo apenas durante a mastigação. Concluímos que uma inervação aberrante do VII nervo craniano está presente. Os ramos do nervo facial que normalmente iriam para a glândula parótida se regeneram para suprir a glândula lacrimal.(2) Injeções de toxina botulínica A (5 UI) na glândula lacrimal tem um excelente efeito clínico em reduzir o hiperlacrimejamento. Entretanto, a superdose dessa toxina pode causar olho seco, paresia do músculo orbicular e do músculo levantador da palpebra superior, o qual pode levar à ptose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ho CYD, Hardy TG. Acute crocodile tear syndrome without antecedent facial nerve palsy. Clin Exp Ophthalmol. 2018 Sep;46(7):809-811
2. Patel J, Levin A, Patel BC. Epiphora. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan

CARCINOMA DE MERKEL EXTENSO EM PÁLPEBRA INFERIOR

Thais P. Souza

Carlos A. A. Ferreira

Tammy H. Osaki

Midori H. Osaki

CARCINOMA DE MERKEL EXTENSO EM PÁLPEBRA INFERIOR

Thais P. Souza[1], Carlos A. A. Ferreira[1], Tammy H. Osaki[1], Midori H. Osaki[1]

[1]Departamento de Oftalmologia e Ciências Visuais, Divisão de Oculoplástica e Cirurgia Reconstrutiva, UNIFESP/ EPM – São Paulo - SP

INTRODUÇÃO

O câncer de pele não-melanoma é o tipo mais comum de neoplasia maligna que afeta indivíduos de pele branca, com incidência crescente em todo o mundo.

A cirurgia de reconstrução após ressecção tumoral tem o objetivo de restaurar a estrutura e função palpebral, atingindo resultado estético aceitável, com a menor morbidade intraoperatória possível.

Este trabalho tem o objetivo de relatar a ressecção de um tumor palpebral raro e reconstrução com retalho tarsoconjuntival e enxerto de pele.

RELATO DO CASO

Paciente de 81 anos, branca, natural e procedente de São Paulo-SP, encaminhada ao serviço de Oculoplástica da UNIFESP, com lesão na pálpebra inferior direita, com surgimento há 3 meses. Referia crescimento progressivo e rápido. Negava prurido, dor ou outros sintomas.

Ao exame, a acuidade visual com melhor correção era de 0,1 em olho direito e 1,0 em olho esquerdo. Apresentava, em olho direito, massa arredondada, endurada, infiltrativa, acometendo toda espessura e largura palpebral, causando ectrópio mecânico. Media cerca de 5 cm no maior diâmetro, e 3 cm na base, com ulceração central e saída de secreção sanguinolenta. À biomicroscopia, havia desepitelização corneal central e hiperemia conjuntival em olho direito, com íris trófica, câmara formada e lente intraocular tópica em saco; olho esquerdo sem alterações. Fundoscopia dentro da normalidade em ambos os olhos.

Após devido planejamento e orientação, procedeu-se à ressecção cirúrgica sob sedação endovenosa e infiltração local. Após remoção da lesão com margem de segurança, foi enviado material para congelação intraoperatória, estando o defeito livre de infiltração neoplásica. Seguiu-se à reconstrução com retalho tarsoconjuntival de pálpebra superior, recoberto com enxerto de pele de espessura total retirado da pálpebra superior contralateral. Em um mês, foi realizada abertura do pedículo para liberação de eixo visual, sob infiltração local, com resultado estético satisfatório.

Avaliação anatomopatológica da lesão mostrou carcinoma de células de Merkel. Paciente segue em acompanhamento semestral em nosso ambulatório, sem recidivas até o momento.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

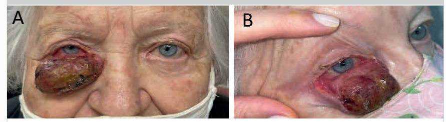


Figura 1: A e B) Lesão palpebral extensa

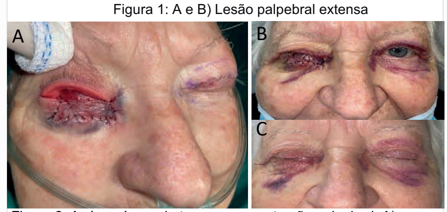


Figura 2: Após exérese do tumor e reconstrução palpebral; A) Pós-operatório imediato; B e C) 7º dia pós-operatório

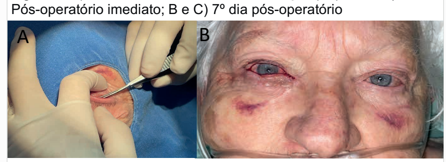


Figura 3: Abertura do pedículo; A) Intraoperatório; B) Pós-operatório

DISCUSSÃO

Carcinoma de células de Merkel é um tumor neuroendócrino raro e altamente agressivo. Acometimento palpebral é incomum. Somente 2,5% desses tumores localizam-se nas pálpebras e, quando ocorrem nessa localização, são mais frequentemente observados na pálpebra superior, ao contrário do caso descrito.

O tratamento dos tumores palpebrais inclui ressecção da lesão e cirurgia reconstrutora que proporcione um bom contato com a superfície ocular, boa sustentação palpebral, dano mínimo ao sítio doador, baixa morbidade intraoperatória.

O retalho tarsoconjuntival é um retalho pediculado usado na reconstrução de defeitos extensos na pálpebra inferior. Tem a vantagem de ter boa mobilidade e ser vascularizado, podendo ser recoberto por enxerto de pele para reconstrução da lamela anterior. Sua maior desvantagem é a necessidade de dois tempos cirúrgicos, além da oclusão temporária do eixo visual, o que limita seu uso em pacientes monoculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

VS North et al. Merkel cell carcinoma of the eyelid: a review. Surv Ophthalmol 2019; 64(5):659-67.
T. Yano et al. Ideal esthetic and functional full-thickness lower eyelid “like with like” reconstruction using a combined Hughes flap and swing skin flap technique , Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery 2021;16:56.
S. Harris and R.Z. Silkiss. Revisiting the single-eyelid Hughes reconstruction – A report of two cases, American Journal of Ophthalmology 2022; 101667.

PILOMATRIXOMA PALPEBRAL – RELATO DE CASO

Carolina Nouhra

Davi Araf

Mariah R. Ribeiro

Rodrigo V. de Brito

Pilomatrixoma palpebral – Relato de caso

Carolina Nouhra, Davi Araf, Mariah R. Ribeiro, Rodrigo V. de Brito
Hospital CEMA

INTRODUÇÃO

Pilomatrixoma ou epitelioma calcificante de Malherbe é um tumor benigno com origem no folículo piloso, incomum e com maior incidência nos pacientes jovens. Acomete, preferencialmente, a região da face, sendo que as pálpebras e os supercílios são as principais áreas acometidas.
Normalmente, esse tipo de tumor não é suspeitado clinicamente e o seu diagnóstico só é feito após o resultado anatomopatológico. Isso ocorre, tanto por ser uma lesão rara, quanto pela confusão diagnóstica com calázio, cisto dermóide, adenoma sebáceo e carcinoma basocelular.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 26 anos, com queixa de nódulo em pálpebra superior do olho direito, de crescimento lento, há 3 anos.
Nega dor, cirurgias prévias, comorbidades e história familiar.
Foi tratado anteriormente com antibioticoterapia oral e pomada com associação de antibiótico e corticóide, mas sem melhora dos sintomas.
À ectoscopia, observou-se tumoração palpebral superior em olho direito, de coloração avermelhada, medindo aproximadamente 2 cm, bem definida, endurecida, móvel e com consequente ptose mecânica.
O paciente foi submetido à excisão cirúrgica da lesão, onde foi retirada completamente e enviada para estudo anatomopatológico, no qual observou-se células gigantes epitelióides de permeio e material eosinofílico amorfo (células fantasmas), sem sinais de malignidade.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



DISCUSSÃO:

Pilomatrixoma é um tumor benigno raro, com maior prevalência em jovens do sexo feminino. Clinicamente, apresenta-se como um nódulo indolor, de crescimento lento e com coloração azulada ou avermelhada. À histologia, observam-se classicamente as células fantasmas.
O tratamento definitivo é a excisão cirúrgica completa, com posterior seguimento do caso, devido ao possível surgimento do carcinoma pilomatrixial, uma variante maligna rara.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alkatan, Hind M., et al. "Pilomatrixoma in a child mimicking a ruptured epidermal cyst clinically and histopathologically: Case report." International Journal of Surgery Case Reports 84 (2021): 106068.
2. Jones, Christopher D., et al. "Pilomatrixoma: a comprehensive review of the literature." The American Journal of Dermatopathology 40.9 (2018): 631-641.
3. Marback, Eduardo Ferrari, et al. "Estudo clínico-patológico do pilomatrixoma palpebral: experiência no hospital universitário Prof. Edgard Santos." Arquivos Brasileiros de Oftalmologia 70 (2007): 501-503.
4. Rosa, Nicola, et al. "Pilomatrixoma of the eyelid." Journal of Dermatological Case Reports 2.2 (2008): 21.

TRATAMENTO DE CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS PALPEBRAL COM USO DE IMIQUIMOD TÓPICO

Raiane Cristina Ferreira Castro

Murilo Alves Rodrigues

Carlos Eduardo Messinger Salomão

Sílvia Andrade Carvalho Rodrigues

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Tratamento de Carcinoma de Células Escamosas Palpebral com Uso de Imiquimod Tópico

Raiane Cristina Ferreira Castro, Murilo Alves Rodrigues, Carlos Eduardo Messinger Salomão e Sílvia Andrade Carvalho Rodrigues
Centro Oftalmológico de Minas Gerais - COMG

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células escamosas (CEC) surge da camada de células escamosas do epitélio da pele. É o segundo tumor maligno mais comum da pálpebra. Uma opção terapêutica tópica e não invasiva é o uso do *imiquimod*, um agonista sintético do receptor *toll-like* de baixo peso molecular.

RELATO DO CASO

M.O.R.S. 83 anos, comparece para consulta com queixa de ectrópio medial intenso com evolução de 3 a 4 anos, com piora progressiva. Ao exame: ectrópio medial com estenose do ponto lacrimal inferior. Hiperemia e tilose da pele da pálpebra inferior esquerda (PIE) associada a retração palpebral. A biópsia incisional do dia 10/11/2021 confirmou o diagnóstico de CEC *in situ* (doença de *Bowen)*. Realizada biópsia incisional dia 27/07/2022 em 3 pontos da PIE após uso de Ixium tópico dose única diária por 5 dias por semana, durante 6 semanas, apresentando ausência de lesão. Realizada nova biópsia incisional de controle dia 03/11/2022 mantendo o resultado de negatividade para CEC.

FIGURAS



Figura 1: PIE pré tratamento com *Imiquimod*. Figura 2: PIE após 6 semanas de tratamento com *Imiquimod*.

DISCUSSÃO:

O *imiquimod* oferece uma alternativa para o tratamento de alguns tipos de tumores cutâneos que pode evitar tratamentos cirúrgicos ou ablativos, principalmente em casos desafiadores (idosos, uso de anticoagulantes, morbidades múltiplas, lesões múltiplas e tumores recorrentes ou com excisão incompleta). Esse medicamento melhora as vias imunes inatas e mediadas por células e induz liberação de mediadores pró-inflamatórios antivirais endógenos e antitumorais. Apresenta aprovação pela FDA desde 2004 para uso terapêutico em casos de ceratose actínica. Diversos estudos mostram a eficácia do creme de *imiquimod* a 5 % no tratamento da doença de Bowen (CEC in situ). Um estudo realizado em 2001 observou taxas de sucesso de 93% dos pacientes (14 de 15) analisados pelos resultados das biópsias. É um medicamento de custo relativamente baixo. Pode ser usado ambulatorialmente em pacientes com contraindicações cirúrgicas, com efeitos colaterais em sua maioria leves como hiperemia, descamação e edema local.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALESSI, Sabrina. Treatment of cutaneous tumors with topical 5% imiquimod cream. **Clinical Sciences,** Volume 64, Issue 10, p. (961-966), October 2009. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1807593222025376?via%3Dihub. Acesso em: 12/09/22.
2. NAVI, Daniel. Imiquimod 5 percent cream and the treatment of cutaneous malignancy. **Dermatology Online Journal,** Volume 10, Issue 1.2004. Disponível em : https://escholarship.org/uc/item/4vw339w4. Acesso em: 12/09/22.

CARCINOMA DE GLÂNDULAS SEBÁCEAS EM PÁLPEBRA INFERIOR DE HOMEM JOVEM HÍGIDO – RELATO DE CASO

Flávia Monteiro Scatolin

Danniel Martins Gonçalves

Ivana Cardoso Perereira

Marcelo Torigoe

Carcinoma de Glândulas Sebáceas em Pálpebra Inferior de Homem Jovem Hígido – Relato de caso

Flávia Monteiro Scatolin
Danniel Martins Gonçalves
Ivana Cardoso Perereira
Marcelo Torigoe
UNICAMP

INTRODUÇÃO

O adenocarcinoma sebáceo é uma doença rara, maligna e potencialmente fatal que surge a partir das glândulas meibomianas da placa tarsal, das glândulas de Zeis ou ainda das glândulas sebáceas da carúncula, supercílio ou face. Ocorre mais frequentemente em mulheres acima dos 50 anos, com maior incidência em países asiáticos. Acomete sobretudo as pálpebras superiores devido ao maior número de glândulas de Meibomius, podendo progredir para conjuntiva tarsal e bulbar, linfonodos regionais e até metastatizar para órgãos distantes. Clinicamente pode simular doenças palpebrais benignas como calázio e blefarite crônica, sendo o diagnóstico realizado a partir do exame anatomopatológico.

RELATO DO CASO

Paciente de 31 anos, sexo masculino, negro, previamente hígido, apresentou lesão indolor na pálpebra inferior do olho direito (PID) no final do ano de 2019, sendo tratado inicialmente com compressas mornas locais por 4 meses. Refere que ao notar aumento gradativo da lesão, realizou automanipulação com agulha não estéril por três ocasiões, cursando com drenagem de secreção purulenta, sem resolução do quadro. Negava sangramento espontâneo ou trauma local prévio. Negava histórico de neoplasias ou lesões palpebrais prévias.

Em março de 20022, decidiu buscar auxílio médico no Ambulatório de Oculoplástica do HC-UNICAMP. À ectoscopia, apresetava lesão nodular e hiperemiada no terço médio da PID, acometendo lamelas anterior e posterior. À eversão palpebral notava-se lesão com bordas mal delimitadas, superfície conjuntival irregular e nodular, sem pontos de flutuação. Na ocasião, aventou-se hipótese de calázio de PID e indicou-se exérese da lesão sob anestesia local. Contudo, no intra-operatório, diante da saída de grande quantidade de secreção mucossanguinolenta, e aspecto vascularizado e mal delimitado da lesão, optou-se por enviar o material para anatomopatológico (AP) e aguardar. Após 20 dias, o AP evidenciou "proliferação escamosa atípica com extensa diferenciação sebácea, compatível com carcinoma sebáceo de PID - biópsia superficial que não permite avaliar se há invasão carcinomatosa da submucosa". Diante da confirmação, nova abordagem cirúrgica foi realizada visando remoção tumoral com margem de segurança por meio de Bick associado à reconstrução palpebral com retalho à Tenzel. O material foi novamente enviado para AP que evidenciou "diminuto foco de carcinoma sebáceo residual no centro da amostra com margens livres de neoplasia

O paciente evoluiu sem recidiva tumoral, com preservação da função palpebral e estética satisfatória.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1. Aspecto pré operatório

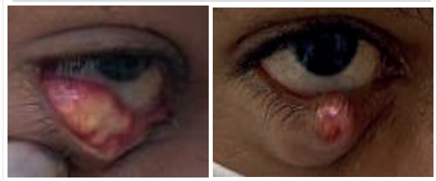


Figura 2. Aspecto pós operatório



DISCUSSÃO:

O diagnóstico do carcinoma de glândulas sebáceas pode ser desafiador, visto que esta é uma condição que pode simular patologias benignas tais como calázio, blefarite e blefaroconjuntivite crônica.

Deve-se suspeitar de lesões que se apresentem como calázio em pálpebra superior - sobretudo em mulheres idosas - blefarite unilateral e crônica.

O presente relato tem relevância clínica por tratar-se de paciente com epidemiologia atípica à maioria dos casos descritos na literatura por tratar-se de paciente jovem, masculino, negro, ocidental, previamente hígido e com acometimento de pálpebra inferior. Por essas características, incialmente considerou-se como principal hipótese diagnóstica calázio, embora o paciente apresentasse lesão recorrente local há mais de 6 meses, sendo esse sinal de alerta para malignidade. O tratamento padrão-ouro consiste na exérese total do tumor; sendo a exenteração considerada em casos de invasão orbitária. É importante ressaltar que deve-se enviar para AP toda lesão retirada, pois só é possível afirmar a etiologia da lesão após confirmação do AP.

No presente caso, conseguiu-se remover a lesão com margem de segurança, com o paciente apresentando evolução satisfatória do ponto de vista clínico e oftalmológico, mantendo seguimento ambulatorial trimestral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Song, Alice MD; Carter, Keith D. MD; Song, Julia MD. Sebaceus Cell Carcinoma of the orbicular Adnexa: Clinical Presentations , Histopathology, and Outcomes, Ophthalmic Plastic & Reconstrutive Surgery : May 2008 – Volume 24 – Issue 3 – p 194-200
2. Shields, Jerry A. MD; Shields Carol L. MD. Sebaceous Carcinoma Of the Glands of Zeis. Ophthalmic Plastix & Reconstructive Surgery; Volume 4 – Issue 1 -p 11-14

TÉCNICA PARA CORREÇÃO DE PTOSE CILIAR

Roberta L.F.S. Meneghim

Amanda A.M.P. de Almeida

Júlia C. Garcia

Silvana A. Schellini

Técnica para correção de ptose ciliar

Roberta L.F.S. Meneghim[1]; Amanda A.M.P. de Almeida[1]; Júlia C. Garcia[1]; Silvana A. Schellini[1]

1) Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista (UNESP) - Botucatu

INTRODUÇÃO

Os cílios são responsáveis pela proteção ocular[1]. A posição normal dos cílios da pálpebra superior é encurvada para cima, o que depende da integridade do músculo orbicular pré-tarsal, do músculo de Riolan, da placa tarsal e da elastina[2]. O dano dessas estruturas pode acarretar ptose dos cílios, levando a alterações como a ceratite puntata.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 64 anos, desenvolveu quadro de paralisia facial à esquerda, sendo submetido a cirurgia de *tarsal switch* para transposição da fenda palpebral devido a ptose palpebral associado a Reflexo de Bell insuficiente. No pós-operatório imediato evoluiu com desconforto ocular e ceratite devido a ptose ciliar da pálpebra superior. Foi realizada cirurgia para correção do posicionamento ciliar como descrito na técnica cirúrgica:

- Anestesia local, incisão palpebral em altura de sulco palpebral superior;
- Dissecção de placa tarsal superior até a raiz dos cílios;
- Realizados pontos em "U" com fio Vicryl 6-0 (Ethicon - Johnson & Johnson) entre a musculatura pré tarsal próxima aos folículos pilosos e a região ântero-superior do tarso

A quantidade de pontos varia de acordo com a faixa de cílios ptóticos acometidos.

DISCUSSÃO

A ptose ciliar pode estar associada à ptose palpebral, principalmente a ptose congênita, síndrome das pálpebras frouxas, uso de colírios análogos de prostaglandina, ao entrópio palpebral[3] e pode ser uma complicação em até 42% dos pacientes com paralisia facial de longo prazo[1]. O tratamento cirúrgico da ptose ciliar deve considerar a patologia de base e o grau da apresentação. As técnicas descritas na literatura e mais comumente utilizadas são a formação do sulco palpebral, muito utilizada em pacientes asiáticos[4] durante a sutura de pálpebras numa cirurgia de blefaroplastia, a própria blefaroplastia superior, e técnicas não invasivas como o laser de CO_2[3]. Apresentamos uma técnica simples, de fácil realização e que pode ser empregada em pacientes com ptose de ciliar de todas as causas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Malik KJ, Lee MS, Park DJ, Harrison AR. Lash ptosis in congenital and acquired blepharoptosis. Arch Ophthalmol. 2007 Dec;125(12):1613-5. 2.Gladstone, Geoffrey J.; Nsei, Frank A.; Black, Evan H. (Ed.). Oculoplastic Surgery Atlas: Eyelid and Lacrimal Disorders. Springer International Publishing, 2018. 3.Langelier N, Liss J, Leyngold IM, Weller CL, Stinnett S, Woodward JA. CO2 Laser Lash Tilt Technique for the Treatment of Mild to Moderate Lash Ptosis and Augmentation of Upper Eyelid Blepharoplasty Results. Ophthal Plast Reconst Surg. 2019;35(4):399-402. 4. Kashkouli MB, Abdolalizadeh P, Amirsardari A, Hadi Y, Sharepour M, Esmaeilkhanian H. Eyelash Ptosis in Unilateral Myogenic and Aponeurotic Blepharoptosis: A Prospective, Controlled, Before- and After-Study. Annals Plast Surg.2018;81(6):637-641.

FIGURAS





Figura 1: A) Ptose de cílios pós-correção de ptose palpebral em olho esquerdo. B) 14º pós-operatório de correção de ptose de cílios com a técnica proposta.

AMILOIDOSE CONJUNTIVAL PRIMÁRIA: RELATO DE TRÊS CASOS

Esther M. Pantuzzo

Danielle P. Trindade

Lara de Almeida

Ana Rosa Pimentel

CIOP/CIEPO
29° Congresso Internacional de Oculoplástica
8° Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Amiloidose conjuntival primária: relato de três casos

Esther M. Pantuzzo, Danielle P. Trindade, Lara de Almeida, Ana Rosa Pimentel
Hospital São Geraldo – HC/UFMG

INTRODUÇÃO

Amiloidose se refere ao depósito extracelular de material insolúvel formado por falha no processo de síntese de proteínas normalmente presentes no plasma. As manifestações clínicas variam com o tipo, local e quantidade de depósito, e pode acometer vários tecidos, incluindo o olho e seus anexos. Serão relatados três casos com diagnóstico histopatológico de amiloidose conjuntival, atendidos no Hospital São Geraldo, entre 2015 a 2022.

RELATO DO CASO

Caso 1 - Paciente do sexo feminino, 53 anos, com ptose total e entrópio de pálpebra inferior esquerda devido a lesões subconjuntivais amareladas, firmes, não ulceradas. TC mostrou acometimento restrito à região pré-septal. A pesquisa sistêmica negativa e biópsia das lesões, feitas no serviço de origem, fecharam diagnóstico de amiloidose primária de conjuntiva. Foi realizada apenas a exérese das lesões, em um primeiro tempo cirúrgico. Porém, a correção da ptose e entrópio programada para um segundo tempo não ocorreu por perda de acompanhamento da paciente.

Caso 2 - Paciente do sexo feminino, 59 anos, com lesões assintomáticas em conjuntiva bulbar nasal e em prega semilunar de OD. Pesquisa sistêmica negativa (feita, no nosso serviço, pela Hematologia e Reumatologia) e biópsia das lesões fecharam diagnóstico de amiloidose primária focal de conjuntiva. Optado por conduta expectante, visto que as lesões não causavam desconforto ocular ou prejuízo visual à paciente.

Caso 3 - Paciente do sexo feminino, 66 anos, apresentava lesão avermelhada, multilobulada, de superfície lisa em conjuntiva tarsal de pálpebra inferior direita causando ectrópio mecânico e triquíase. Biópsia mostrou amiloidose conjuntival e a pesquisa sistêmica foi negativa. A lesão foi ressecada e o ectrópio e triquíase corrigidos pela técnica de Bick.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 - Características clínicas das pacientes dos casos relatados

P	Idade (anos)	Latera-lidade	Sexo	Comorbidades sistêmicas	História oftalmológica	Achados	Topografia	Manejo	Envolvimento sistêmico	*Follow up* (meses)
1	53	E	F	HAS	Coroidopatia polipoidal	Lesões em conjuntiva tarsal, ptose e entrópio	Conjuntiva	Exérese	Não	29
2	59	D	F	Fibromialgia e dislipidemia	DMRI seca	Infiltração em conjuntiva bulbar nasal e prega semilunar	Conjuntiva	Biópsia	Não	41
3	66	D	F	Epilepsia	Glaucoma	Lesão em conjuntiva tarsal inferior, ectrópio	Conjuntiva	Exérese	Não	14

P: Paciente; E: esquerda; D: direita; F: feminino.

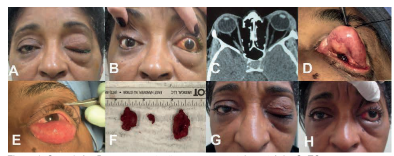


Figura 1: Caso 1. A e B: na apresentação, com ptose total e entrópio; C- TC com acometimento pré-septal; D e E: lesões conjuntivais no intraoperatório; F: peças cirúrgicas ; G e H: pós-operatório.



Figura 2 - A: caso 2; B e C: lesões em prega semilunar e conjuntiva bulbar.



Figura 3 – A: caso 3; B: lesão conjuntival com ectrópio; C: aspecto pós-operatório.

DISCUSSÃO:

A amiloidose pode ser sistêmica, quando há depósitos em múltiplos órgãos, ou localizada, com produção e depósito no mesmo sítio. Ambas podem ser primárias ou secundárias. A amiloidose conjuntival é a mais frequente forma de acometimento ocular e está relacionada à doença localizada primária, como nos casos relatados. Apesar de raramente estar associada a doença sistêmica, o paciente com lesão conjuntival sempre deve ser encaminhado para propedêutica completa multissistêmica, em especial, avaliações hematológica, cardíaca e renal, cujo acometimento pode acarretar graves consequências clínicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Brownstein, M., Elliott, R., Helwig, E. Ophthalmologic Aspects of Amyloidosis. American Journal of Ophthalmology. 69:3. 1970, 423-430.
2. Dammacco, R., Merlini, G., Lisch, W., et al. (2020) Amyloidosis and Ocular Involvement: an Overview, Seminars in Ophthalmology, 35:1, 7-26

PILOMATRIXOMA: RARA APRESENTAÇÃO EM CONJUNTIVA TARSAL

Beatrice Soares Bartasevicius

João Victor Ramos de Toledo Negrão

Rafaela Bacco Amade

Aline Pimentel

Pilomatrixoma: Rara apresentação em conjuntiva tarsal

Beatrice Soares Bartasevicius; João Victor Ramos de Toledo Negrão; Rafaela Bacco Amade; Aline Pimentel.
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

O Pilomatrixoma é um tumor raro, originário do folículo piloso. Acomete preferencialmente mulheres jovens, brancas, até os 30 anos de idade, no pescoço e cabeça; sendo a conjuntiva tarsal sítio incomum. Possui variante maligna (Carcinoma Pilomatrixoma), que acomete mais homens idosos. O tratamento é a remoção cirúrgica completa, e estudo anatomopatológico.

RELATO DO CASO

NLS, sexo feminino, raça negra, 60 anos, compareceu ao nosso serviço de Pronto Socorro Oftalmológico com queixa de incômodo em pálpebra superior esquerda há 4 meses em uso de colírios lubrificantes e higiene das pálpebras, sem melhoras. Referia diagnóstico de calázio realizado em outro serviço. Negava dor ou qualquer outro sintoma. Apresentava exame oftalmológico abaulamento da pálpebra superior esquerda, na eversão observava-se irregularidade da conjuntiva tarsal, com lesão acinzentada de bordas irregulares, consistência endurecida e bem aderida ao tarso.(Figura 1 e 2)

Paciente negava casos similares prévios ou intervenções cirúrgicas oftalmológicas prévias.

Foi realizada excisão completa da lesão (Figuras 3). Após a retirada da lesão, notou-se uma depressão com leito limpo no tarso e orbicular e pele intactos. (Figura 4).

A lesão foi encaminhada à anatomia patológica para exame histológico que apontou lamelas de ceratina com focos de proliferação epitelial e células fantasmas, compatível com diagnóstico de Pilomatrixoma. A paciente refere melhora completa dos sintomas iniciais. (figura 5)

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1



Figura 2

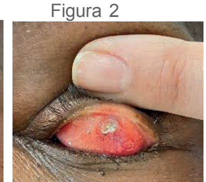


Figura 3

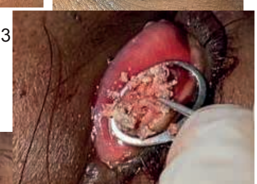


Figura 4



Figura 5



DISCUSSÃO:

Existem diversas patologias das pálpebras com quadro clínico semelhante. Um bom exame clínico e o exame de anatomia patológica são obrigatórios, especialmente em casos atípicos e duvidosos. Dois diagnósticos diferencias relevantes são: Carcinoma de glândulas sebáceas e o Carcinoma pilomatrixoma.

A localização mais comum na região periorbital: sobrancelhas, cílios e áreas cantais.

Histologicamente possui duas populações de células predominantes: células basalóides e células fantasmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levy J, Ilsar M, Deckel Y, Maly A, Anteby I, Pe'er J. Eyelid Pilomatrixoma: a description of 16 cases and a review of the literature. Surv Ophthalmol. 2008;53(5):526-35.
2. Dittrich M, Sousa M, Manso P. Atypical presentation of pilomatrixoma in the tarsal conjunctiva. 2016; 75 (3): 238-40.

AMILOIDOSE PRIMÁRIA EM CONJUNTIVA TARSAL INFERIOR: RELATO DE CASO

Bruna M. F. de Araújo

Caroline S. Germano

Célia S. C. de O. Sathler

José V. Filho



Amiloidose Primária em Conjuntiva Tarsal Inferior: Relato de Caso

Bruna M. F. de Araújo; Caroline S. Germano; Célia S. C. de O. Sathler; José V. Filho

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A amiloidose é um distúrbio sistêmico caracterizado pela deposição extracelular de fibrilas amiloides proteicas em vários tecidos, inclusive pálpebras e conjuntivas, devido sua insolubilidade em proteínas proteolíticas, podendo ser encontradas nas formas fibrilar e não fibrilar.

A amiloidose conjuntival é um achado raro na prática clínica, principalmente quando bilateral. O manejo depende da extensão do envolvimento local e do status sistêmico do paciente, variando de sintomático, com o uso de lubrificantes, até cirúrgico, com a remoção das lesões.

RELATO DO CASO

V.L.S.R.V., sexo feminino, 55 anos, caucasiana, chegou ao setor de oculoplástica e órbita da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com queixa de lesão em conjuntiva tarsal da pálpebra inferior direita, de crescimento progressivo e indolor, há cerca de 2 anos, associada a prurido discreto, sensação de corpo estranho e lacrimejamento moderado. Apresentava como comorbidade artrite reumatóide, que tratou com metotrexato e leflunomida por cerca de 05 anos, porém suspendeu uso de medicação por conta própria.

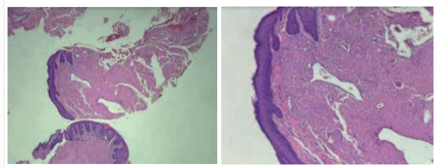
Ao exame apresentava acuidade visual de 0,5 sem correção e 1,0 com correção em ambos os olhos. Na ectoscopia apresentava lesão endurecida em forma de placa amarelada, acometendo toda conjuntiva tarsal inferior, com presença de crostas, sem acometimento da pele ou perda de cílios, que causava ectrópio mecânico (Figuras 1 e 2). Biomicroscopia anterior, fundoscopia e pressão intraocular sem alterações.

Foi realizada exérese cirúrgica da lesão, com correção do ectrópio através da associação das técnicas de tarsal strip lateral e terson. A lesão foi enviada para anatomopatológico, cujo resultado foi compatível com extenso depósito extracelular de material amorfo, sugestivos de amiloidose (Figuras 3 e 4). A pesquisa realizada pelo método de vermelho congo foi positiva. A avaliação sistêmica da paciente não apresentou alterações significativas, não havendo indício de amiloidose extraocular. A paciente evoluiu bem após o tratamento cirúrgico, com bom aspecto pós operatório, melhora importante das queixas oculares e sem aparecimento de novas lesões (Figuras 5 e 6). Paciente continua em seguimento no serviço com avaliações programadas.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figuras 1 e 2. Ectoscopia mostrando lesão em conjuntival tarsal inferior direita



Figuras 3 e 4. Cortes histológicos mostrando fragmento de conjuntiva contendo denso depósito de material amiloide (hematoxilina-eosina). Imagens cedidas pelo Dr Leonardo Sementilli.



Figuras 5 e 6. Ectoscopia - pós operatório 30 dias.

DISCUSSÃO:

A amiloidose pode ser classificada em três tipos principais, conhecidos como primária, secundária e sistêmica. A forma conjuntival raramente é descrita em associação a envolvimento sistêmico, geralmente é unilateral e mais comum entra a 4ª e 5ª década de vida. A forma primária, conhecida como idiopática e sem particularidades clínicas, é uma condição incomum (menos de 10% dos casos) que pode afetar a pálpebra inferior e a conjuntiva e é considerada um achado raro na prática clínica e na literatura.

O manejo depende da extensão do envolvimento local e do status sistêmico do paciente. A excisão cirúrgica e o exame histopatológico de lesões únicas ou difusas, além de serem considerados as melhores abordagem, podem aliviar os sintomas causados pela massa de depósitos amiloides. Em alguns casos o controle temporário dos sintomas com lubrificantes oculares também se mostrou útil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brownstein MH, Elliott R, Helwig EB. Ophthalmologic aspects of amyloidosis. Am J Ophthalmol. 1970;69(3):423-30.
2. Lee HM, Naor J, DeAngelis D, Rootman DS. Primary localized conjunctival amyloidosis presenting with recurrence of subconjunctival hemorrhage. Am J Ophthalmol 2000; 129: 245-247.
3. Rosenblatt M, Spitz GF, Friedman AH, Kazam ES. Localized conjunctival amyloidose: case reports and review of literature. Ophthalmologica 1986; 192: 238-245.
4. Demirci H, Shields CL, Eagle RC Jr, Shields JA. Conjunctival amyloidosis: report of six cases and review of the literature. Surv Ophthalmol. 2006;51(4):419-33.
5. Suesskind D, Ziemssen F, Rohrbach JM. Conjunctival amyloidosis— clinical and histopathologic features. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2015;253(8):1377-83.

FASCIÍTE NECROSANTE PERIORBITÁRIA: RELATO DE CASO

Jessica Nonato Goes Fernandes

Lissa Beltrão Fernandes

Diego Morais Gomes

Jennifer Nayara Humbelino de Carvalho

Fasciíte Necrosante Periorbitária: Relato de Caso

Jessica Nonato Goes Fernandes; Lissa Beltrão Fernandes; Diego Morais Gomes; Jennifer Nayara Humbelino de Carvalho
Hospital Geral de Fortaleza (HGF)

INTRODUÇÃO

A fasciíte necrosante é uma infecção grave, decorrente da invasão de bactérias produtoras de colagenases e hialuronidases que provocam necrose liquefativa dos tecidos moles, da pele e do subcutâneo. A infecção pode se estender para os tecidos adjacentes, podendo progredir para falência de órgãos e choque séptico. O acometimento periorbital é raro, com uma média de 100 casos descritos na literatura, e se inicia com celulite, eritema e edema, podendo evoluir para perda visual.

RELATO DO CASO

R.P.L., 4 anos, feminino, apresentando infecção das vias aéreas superiores com hiperemia conjuntival bilateral, edema palpebral e febre. Foi internada com diagnóstico de celulite periorbitária pré-septal e iniciado tratamento com ceftriaxone e oxacilina. Apresentou piora, evoluindo com fasciíte necrosante periorbitária bilateral (fig. 1 e 2). Foi submetida a desbridamento cirúrgico (fig 3) e coleta de cultura que veio positiva para klebsiella sensível a cefepime, o que orientou a troca do antibiótico. Após intervenções cirúrgicas, paciente complicou com úlcera de córnea e entrópio cicatricial bilateral. A Tomografia Computadorizada (TC) de órbitas evidenciou pansinusopatia, celulite orbitária, sinais de processo necrotizante periorbital à direita. Controlada a infecção, foi submetida a procedimento cirúrgico com realização de cantotomia à esquerda, sutura de Quickert bilateral, sinusotomia maxilar bilateral e etmoidectomia anterior bilateral. Evoluiu com opacidade total da córnea esquerda e blefarofimose cicatricial do olho esquerdo. Realizou-se blefaroplastia com enxerto de mucosa labial, sem intercorrências e com boa evolução palpebral estética e funcional (fig 4).

Atualmente, paciente encontra-se em acompanhamento regular no setor de oculoplástica do HGF e aguarda transplante de córnea do olho esquerdo.

FIGURAS



fig. 1

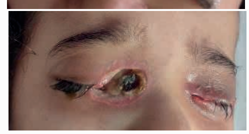


fig. 2



fig. 3

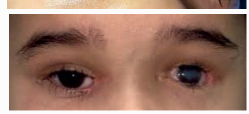


fig. 4

DISCUSSÃO

A fasciíte necrosante periorbitária é rara e sua apresentação inicial é pouco específica e similar a outras afecções inflamatórias. A presença de tecido necrótico e a evolução alarmante para toxemia tornam a abordagem cirúrgica mandatória por meio de desbridamento da ferida, além da avaliação microbiológica. Cerca de 14% dos pacientes com fasciíte necrosante da pálpebra evoluem para óbito e até 30% dos casos podem evoluir com perda da visão. Dessa forma, torna-se importante o diagnóstico e intervenção precoce para tratamento adequado e resolução positiva

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Flavahan P, Cauchi P, Gregory M, Foot B, Drummond S. Incidence of periorbital necrotising fasciitis in the UK population: a BOSU study; BJO Online First, published on June 3, 2014

2. Khurana S, Pushker N, Naik S, Changole, M, Ghonsikar V, Bajaj M. Periorbital necrotising fasciitis in infants: Presentation and management of six cases Tropical Doctor 2015, Vol. 45(3) 188-193.

O DESAFIADOR TRATAMENTO DE LAGOFTALMO NA PARALISIA FACIAL

Mariana Rossi Silveira

Renata Maia

Yolanda Mares

Mariana Meireles

O DESAFIADOR TRATAMENTO DE LAGOFTALMO NA PARALISIA FACIAL

Mariana Rossi Silveira, Renata Maia, Yolanda Mares, Mariana Meireles
HCFMUSP

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica decorre da lesão do nervo facial e tem como principais causas traumas, paralisia de Bell, afecções neurológicas e otológicas, doenças metabólicas e sequelas de cirurgias cranio faciais – este último sendo a etiologia do presente relato. A principal consequencia oftalmológica da paralisia facial é o lagoftalmo, onde a exposição ocular somada ao piscar deficiente gera desde erosões corneanas superficiais até úlceras profundas e possibilidade de perfuração ocular. O tratamento é complexo e as opções cirúrgicas são diversas – blefarorrafias, tarsorrafias, cantoplastias, enxerto de cartilagem ou implante de peso de ouro, entre outros. Raramente uma única abordagem cirúrgica é suficiente quando se trata de lagoftalmo severo e estes pacientes são muitas vezes acompanhados por equipe multidisciplinar.

RELATO DO CASO

Paciente I.D.S., 66 anos, encaminhada ao setor de Plástica Ocular da Oftalmologia do HCFMUSP em Janeiro de 2022 com história de paralisia facial periférica à direita desde fevereiro de 2019, após retirada de meningioma de ângulo pontocerebelar. A história pregressa revelou duas cirurgias prévias com a equipe de Cirurgia Plástica e uma cirurgia de reanimação facial - anastomose nervosa massetérico-facial - com equipe de Neurocirurgia, além de acompanhamento contínuo com fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Foi encaminhada à Oftalmologia devido desenvolvimento de úlceras de córnea graves apesar dos tratamentos prévios. Ao exame, notava-se fenômeno de Bell satisfatório, porém mesmo com o uso intenso de lubrificantes sem conservantes apresentava ceratite em região infero-medial.
Também era evidente que o lagoftalmo era mais severo em região medial, e por isso optamos por indicar nova cirugia empregando a a técnica de lacorrafia. A cirurgia ocorreu sem intercorrências e a paciente evoluiu satisfatóriamente por 2 meses, até deiscência da lacorrafia. Optou-se então por nova tentativa de proteção ocular preservando a abertura da fenda palpebral, com nova lacorrafia dessa vez associada à cantopexia medial fixando retalho de músculo orbicular ao tendão cantal medial afim de criar maior suporte para a palpebra inferior.

FIGURAS



FIGURA 1: PRÉ OPERATÓRIO



FIGURA 2: 1 SEMANA PÓS OPERATÓRIO PRIMEIRA ABORDAGEM



FIGURA 3: OCLUSÃO PALPEBRAL SEM EXPOSIÇÃO CORNEANA APÓS PRIMERIA ABORDAGEM

FIGURAS

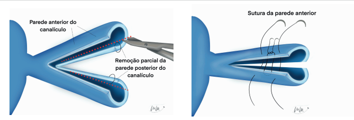


FIGURA 4: ESQUEMA ILUSTRADO DA TÉCNICA DE LACORRAFIA



FIGURA 5: PRÉ OPERATÓRIO SEGUNDA ABORDAGEM

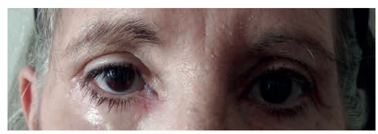


FIGURA 6: 1 SEMANA PÓS OPERATÓRIO SEGUNDA ABORDAGEM

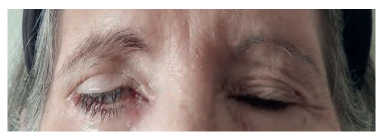


FIGURA 7: OCLUSÃO PALPEBRAL SEM EXPOSIÇÃO CORNEANA APÓS SEGUNDA ABORDAGEM

DISCUSSÃO:

As opções cirúrgicas para o lagoftalmo paralítico são inúmeras, porém a presença do lagoftalmo medial é um fator complicador das abordagens cirúrgicas convencionais e cria um desafio para o cirurgião oculoplástico.
Na técnica de lacorrafia, após abertura dos canalículos superior e inferior, retiramos suas porções posteriors e criamos uma adesão do remanescente anterior com suturas de Vicryl 6-0 com músculo orbicular e pele, como ilustrado na Figura 4.
Quando essa técnica foi associada à da cantopexia do tendão cantal medial, a partir de confecção de retalho de músculo orbicular, observamos clara melhora no posicionamento palpebral do lado afetado, tanto em posição primária do olhar quanto à oclusão palpebral em relação à primeira abordagem com lacorrafia isolada. Acreditamos que a nova abordagem será eficaz a longo prazo em oferecer resultado estético satisfatório e, sobretudo, resultado funcional com proteção do globo ocular.
Sendo assim, concluímos ser necessário conhecer diversas técnicas cirúrgicas para abordagem do lagoftalmo paralítico e muitas vezes realizar cirurgias combinadas para oferecer um melhor tratamento para nossos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- JELKS, G. W.; SMITH, B.; BUSMAK, S. The evaluation and management of the eye in facial palsy. C/in. Plast. Surg., 6 (3) 397, 4/9, 1979.
2- Keen MS, Burgoyne JD, Kay SL. Surgical management of the paralyzed eyelid. Ear Nose Throat J. 1993 Oct;72(10):692, 659-701. PMID: 8269876
3- ADEMIS, J. P.; MATHON, C.; LIOSON, P. - Surgical treatment of Lagophthalmos orb. 1989, vol. 8, n. !, pg. 23-36.

SUSPENSÃO AO FRONTAL EM PTOSE POR MIASTENIA GRAVIS: RELATO DE CASO

Ferreira RC,

Miyasato PY

Osaki TH

Osaki MH

Suspensão ao frontal em ptose por miastenia gravis: relato de caso

Ferreira RC, Miyasato PY, Osaki TH, Osaki MH
Departamento de Oftalmologia da EPM/UNIFESP

INTRODUÇÃO

Uma das manifestações comuns da miastenia gravis é a ptose palpebral. O tratamento da doença é clínico e inclui geralmente o uso de piridostigmina e imunossupressores. Porém, frequentemente o tratamento clínico se mostra ineficaz para tratamento da ptose. Nestes casos, pode ser necessária a correção cirúrgica da queda palpebral. O objetivo deste trabalho consiste em relatar o caso de um paciente com ptose associada à miastenia gravis, sem resposta ao tratamento clínico.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 54 anos, refere há 10 anos quadro de ptose bilateral, além de paresia de membros superiores e inferiores. Foi diagnosticado com Miastenia Gravis generalizada e iniciou tratamento clínico com neurologista. Refere ter feito uso de piridostigmina, corticoides, ciclosporina, azatioprina e metotrexato nos últimos anos, sem melhora da ptose, além de referir intolerância. Ao exame, apresentava ptose praticamente total em AO (Figura 1), além de função ausente do músculo levantador da pálpebra superior (MLPS). Já as forças do orbicular e frontal eram preservadas, sem lagoftalmo. Ao contrair o frontal, tinha distância margem-reflexo 1 (DMR1) de -2 mm AO (Figura 2). Fenômeno de Bell era reduzido AO. Ademais, apresentava limitação importante de todas duções/versões. Diante disso, foi indicada suspensão ao músculo frontal conservadora em AO com fio de silicone, objetivando-se a hipocorreção. No pós operatório (Figura 3) apresentou melhora do quadro, com liberação do eixo visual e DMR-1 de 1,5 mm AO com ação do frontal, sem lagoftalmo, ceratopatia de exposição ou outras complicações.

FIGURAS



Figura 1 - Ptose Grave AO



Figura 2 – Abertura com contração frontal



Figura 3 – 11° Pós operatório

DISCUSSÃO

A miastenia gravis é uma doença que afeta a junção neuromuscular, causada por auto anticorpos que têm como alvo a membrana pós-sináptica.

Acredita-se que se o quadro de ptose palpebral não reverter após tratamento clínico máximo durante um período de 2 anos, as chances de melhora após esse período são pequenas.

A suspensão ao músculo frontal é principalmente indicada para correção de ptoses graves com função pobre do MLPS, como pode ocorrer nessa doença. Para evitar risco de exposição da córnea, foi indicada cirurgia conservadora, a fim de liberar o eixo visual do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferreiro AG, et al. Outcomes of Two Surgical Techniques Using Silicone Rod for Frontalis Sling Suspension to Treat Severe Ptosis. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2017;54(1): 52-58.
2. Antonio-Santos AA et al. Medical treatment options for ocular myasthenia gravis. Curr Opin Ophthalmol. 2008; 19(6): 468-78.

CAVIDADE

FLAP TARSO-CONJUNTIVAL (TÉCNICA DE RODRÍGUEZ-BARRIOS MODIFICADA) PARA EXPOSIÇÃO DE IMPLANTE ORBITÁRIO: 43 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Vitor Hugo Camargo

Thais Paes Barreto

Carlos Eduardo M. Salomão

Alice Purri C. e Sousa

Silvia Andrade Carvalho

Eduardo Jorge Carneiro Soares

Flap Tarso-Conjuntival (Técnica de Rodríguez-Barrios Modificada) para exposição de implante orbitário: 43 anos de experiência.

Vitor Hugo Camargo[2], Thais Paes Barreto[1,2], Carlos Eduardo M. Salomão[1], Alice Purri C. e Sousa[2], Silvia Andrade Carvalho[1], Eduardo Jorge Carneiro Soares[2,3]

[1] **Centro Oftalmológico de Minas Gerais;** [2] **IPSEMG;** [3]**Policlínica Oftalmológica Dr Eduardo Soares**

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é relatar nossa experiência com uma adaptação da técnica de tarso-conjuntivo-ceratoplastia, descrita por Rodríguez-Barrios(RB) em 1973 para correção de defeitos corneanos. Sua versão modificada é aplicada no tratamento de exposição de implantes orbitais, desde que a área exposta seja menor que a altura do tarso superior.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo observacional de coorte retrospectivo com revisão de prontuários de pacientes submetidos a técnica modificada de RB (figura 1) nos últimos 40 anos em três grandes centros de oftalmologia de Belo Horizonte. Foram revisados 21 prontuários e apresentadas as seguintes variáveis analisadas: intervenção cirúrgica prévia à execução da técnica modificada de RB, recidiva de exposição e extrusão.

RESULTADOS

A taxa geral de sucesso foi de 66,67% (14 pacientes) e a taxa de falha foi de 33,33% (7 pacientes). Dentre os pacientes que haviam sido submetidos a algum tipo de correção prévia da exposição foi observada uma taxa de sucesso inferior (55,55%) em comparação aos que foram submetidos primariamente à técnica modificada de RB (75%). No grupo em que a técnica falhou (7 pacientes), seis apresentaram expulsão do implante, sendo em um caso 2 dias após a intervenção.

DISCUSSÃO

Trata-se de uma técnica de baixa complexidade e proporciona um enxerto mais espesso, com suprimento vascular autógeno, mantendo o volume da cavidade e profundidade dos fórnices. Não foram observadas alterações funcionais ou estéticas em estruturas adjacentes.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

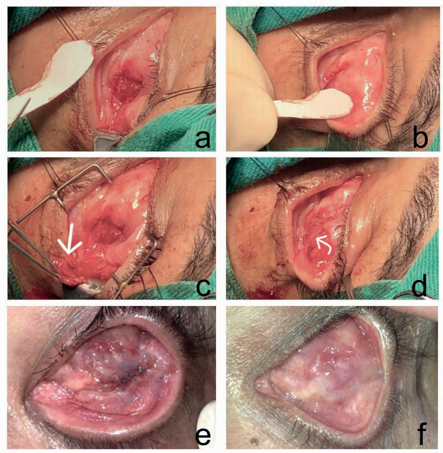


Figura 1 - (a) Confecção de molde representando a area a ser recoberta. (b)Posicionamento do molde na área doadora do tarso da pálpebra superior. (c) Seta branca indicando o retalho tarsal pediculado. (d) Rotação do retalho (seta) e sutura no leito receptor com vicryl 6.0. (e) Pós-operatório imediato, primeira semana.(f) Um ano pós-operatório.

CONCLUSÃO

A técnica de Rodríguez-Barrios, adaptada para abordagem de exposições de implantes orbitários está sendo usada em nossos serviços de oftalmologia há mais de 40 anos, com grande taxa de sucesso. É um procedimento de fácil execução com utilização de tecidos loco-regionais, sem necessidade de enxertia de outros sítios ou disponibilidade de tecidos biológicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Barrios, R et al. Tarso-Conjunctivo-keratoplastie. Bull Mém Soc Fr Ophtal 1973;65-76
2. Soares, E.J.C.Tratamento das deformidades órbito-palpebrais das cavidades anoftálmicas: 20 anos de experiência. Arq. Bras. Oftalmol. 53 (3) • May-Jun 1990
3. Al-Farsi HA, et al. Orbital implant exposure following enucleation or evisceration. Oman J Ophthalmol. 2017 May-Aug;10(2):87-90.

TÉCNICA DE RODRIGUEZ BARRIOS MODIFICADA - UM RELATO DE CASO

Ana Paula Bortolotto

Natália A. L. Dias

Rafael Gadens

Rodrido Beraldi Kormann

TÉCNICA DE RODRIGUEZ BARRIOS MODIFICADA - UM RELATO DE CASO

ANA PAULA BORTOLOTTO, NATÁLIA A. L. DIAS, RAFAEL GADENS, RODRIDO BERALDI KORMANN
HOSPITAL DE OLHOS DO PARANÁ

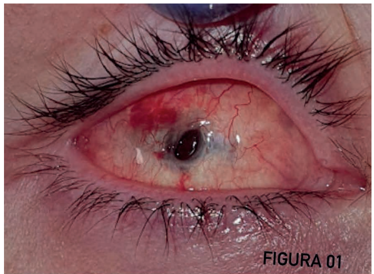
INTRODUÇÃO

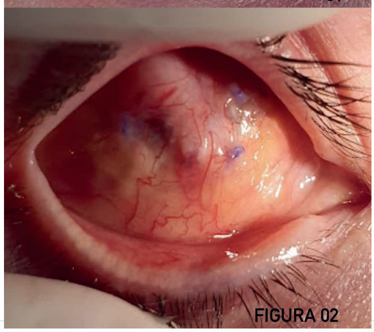
O manejo da cavidade anoftálmica deve abranger: funcionalidade e estética, sendo os implantes fundamentais para tal. Dentre as complicações mais frequentes, está a exposição do implante. Neste relato, demonstramos uma adaptação na técnica de tarso conjuntivoceratoplastia, descrita primariamente por Rodriguez Barrios em 1973, após extrusão de implante.

RELATO DO CASO

Mulher, 29 anos, com duas rejeições a transplante de córnea e glaucoma secundário com histórico de olho cego doloroso em olho direito e importante afinamento escleral perilimbar 360 graus. Realizada evisceração com implante intra orbitário de resina em maio de 2021, evoluindo com exposição de 3mm de diâmetro do implante após dois meses (figura 1). O plano cirúrgico foi visando fechar o defeito conjuntival com um retalho pediculado de pálpebra superior, em raquete, também conhecido como retalho de Rodriguez Barrios. Contudo, no intraoperatório foi optado por fazer uma modificação da técnica clássica, passando o retalho por dentro de um túnel confeccionado na conjuntiva bulbar, iniciando-se no fórnice superior e indo até o defeito a ser corrigido centralmente, ao invés da transposição direta sobre o defeito. O retalho foi suturado com fio vicryl 6.0 em pontos interrompidos. Resultado final da intervenção cirúrgica demonstrado na figura 2. A paciente evoluiu bem nos meses subsequentes, sem outras intercorrências.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS





DISCUSSÃO:

O retalho tarsoconjuntival é segura e efetivo na correção de exposição de implantes intra esclerais. A adaptação feita na técnica de Rodriguez Barrios se mostrou benéfica visto que o túnel manteve o retalho bem posicionado, sem tração ou comprometimento da amplitude do fórnice e com bom suprimento sanguíneo, além de um resultado estético interessante pois o retalho permanece escondido através da conjuntiva de forma discreta e mantem a superfície anterior mais lisa e homogênea do que a técnica original.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SOARES, E. J. C. - Implante tardio: uso da esclera com conservação de córnea. Rev. Bras. Oftalm.. 33 :493, 1974. Schellini SA, Hoyama E, Padovani CR, Ferreira VL, RossR. Órbita anoftálmica. In: Chen WP. Cirurgia plástica oftalmológica: princípios e prática. Rio de Janeiro: Revinter; 2005. Cap 26, p.369-85.

ADENOCARCINOMA DO CORPO CILIAR. UM RARO DIAGNÓSTICO EM OLHO ATRÓFICO

Paula Paiva Pegoraro

Patrícia Akaishi

Lucas Alcantara Viegas

Adenocarcinoma do Corpo Ciliar. Um raro diagnóstico em olho atrófico

Paula Paiva Pegoraro, Patrícia Akaishi, Lucas Alcantara Viegas
HOIP- Hospital Oftalmológico do Interior Paulista – Araraquara/SP

INTRODUÇÃO

Os adenocarcinomas do epitélio pigmentado do corpo ciliar são tumores extremamente raros[1-3]. A maioria dos casos descritos foram diagnosticados em olhos atróficos de longa data.

RELATO DO CASO

Paciente M.C.S., sexo feminino, 56 anos, sem comorbidades, com perda visual (OD) desde a infância e glaucoma em tratamento em olho esquerdo (OE), apresentou-se com intensificação da dor ocular em OD há 1 dia. Sem queixas sistêmicas. Ecografia ocular realizada há 6 anos mostrava volume do globo ocular diminuído com conteúdo desorganizado, cristalino reabsorvido e calcificações.

Ao exame de OD havia ausência de percepção luminosa, hiperemia conjuntival 3+/4+ e córnea com opacidade total.

O exame de OE era normal.

Feita hipótese diagnóstica de olho cego doloroso com endoftalmite e *melting* corneano e indicada evisceração de OD. No início do procedimento foi notada córnea pétrea (Figura 1) bem como todo o conteúdo intraocular, estendendo-se até o nervo óptico. O procedimento foi convertido para enucleação do globo ocular e o material foi enviado para análise histopatológica. O aspecto histológico (Figura 2), complementado pelo estudo imunohistoquimico positivo para citoceratina (AE1/AE3), vimentina e focalmente para EMA e HMB-45 com negatividade para PAX8 e CD10 diagnosticou adenocarcinoma do epitélio pigmentado do corpo ciliar, com margens livres.

FIGURAS



Figura 1. Aspecto intra-operatório da córnea direita

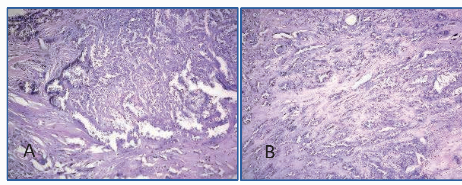


Figura 2 A e B. Cortes histológicos do corpo ciliar mostrando neoplasia de células epitelióides atípicas com citoplasma claro, em arranjos tubulares.

DISCUSSÃO:

Olhos atróficos de longa data com historia recente de dor e inflamação ocular podem apresentar adenocarcinoma do corpo ciliar. Exames de imagem podem auxiliar na hipótese diagnóstica, principalmente em casos de proptose associada, mas a enucleação se faz necessária para confirmação histológica e tratamento definitivo[2]. Seus principais diagnósticos diferenciais são melanoma de coróide e lesões metastáticas (principalmente carcinoma de células renais) que, no caso, foram excluídos através da análise iminohistoquimica[3]

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Laver N, Hidayat A, Croxatto J. Pleomorphic adenocarcinomas of the ciliary epithelium. Ophthalmology. 199; 106(1): 103-110
2.Kopsidas K, Mudhar H, Sisley K, et al. Aggressive Ciliary Body Adenocarcinoma with Bilateral Lung Metastases: Histological, Molecular, Genetic and Clinical Aspects. *Ocul Oncol Pathol*. 2019;5(2):79-84
3.Kumar JB, Proia AD, Mruthyunjaya P, et al. Primary adenocarcinoma of pigmented ciliary epithelium in a phthisical eye. *Surv Ophthalmol*. 2016;61(4):502-505.

ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE APÓS EXENTERAÇÃO: RELATO DE DOIS CASOS

Patrícia Asperti Ottaiano Poli

José Vital Filho

Jorge Agi

Rafaela Bacco Amade

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Adaptação de prótese após exenteração: relato de dois casos.

Patrícia Asperti Ottaiano Poli; José Vital Filho; Jorge Agi; Rafaela Bacco Amade;.
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

Os tumores palpebrais representam 5% a 10% de todos os tumores de pele. Os tumores benignos são mais frequentes (84%), e dentre os tumores malignos, o principal é o carcinoma basocelular (CBC; 75,9% a 86%).
Dos tumores conjuntivais, o carcinoma espinocelular (CEC) é o tumor maligno mais comum.

RELATO DO CASO

Caso 1 - Paciente feminino de 50 anos, chegou ao setor de oftalmologia em Junho, 2021. Referia tratamento radioterápico há 15 anos no canto medial do olho direito (OD), com recidiva tratada em 2012, e há 3 anos apresentou nova recidiva, sem tratamento até o momento.
Ao exame apresentava lesão ulcerativa no canto medial do OD (Figura 1-A).
O tratamento de escolha, foi exenteração com retalho glabelar, realizada em setembro de 2012, com, subsequente adaptação de prótese oculopalpebral no pós-operatório tardio. Estudo natomopatológico revelou CBC esclerodermiforme infiltrando a pálpebra, com invasão orbitária.
Caso 2 - Paciente feminino de 53 anos, chegou ao setor de oftalmologia em Abril, 2021. Referia crescimento de lesão conjuntival no olho esquerdo (OE), tratada em outro serviço com 5-fluorouracil colírio, sem sucesso.
Ao exame oftalmológico, apresentava tumoração conjuntival (Figura 1-B).
O tratamento de escolha foi exenteração com enxerto da região clavicular esquerda, com adaptação de prótese oculopalpebral no pós-operatório tardio. Anatomopatológico: carcinoma de células escamosas da conjuntiva invasivo, com necrose.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1. A. Caso 1 (pré-operatório). **B.** Caso 2 (pré-operatório).

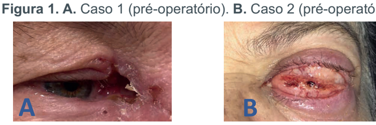


Figura 2. Caso 1 – Pós-operatório

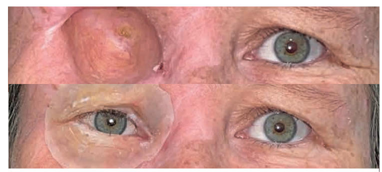


Figura 3. Caso 2 – Pós-operatório



DISCUSSÃO:

Os tumores palpebrais e conjuntivais podem invadir a órbita, dessa forma o diagnóstico e tratamento precoce são fundamentais. Nos casos apresentados acima, a dificuldade em conseguir atendimento especializado contribuiu para a progressão das lesões, inviabilizando o tratamento conservador.
Em ambos os casos, optou-se pela exenteração, uma cirurgia mutilante associada a estigmas sociais e graves impactos na qualidade de vida dos paciente. Por essa razão, os pacientes foram encaminhados para adaptação de prótese para melhora da estética.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Reggi JRA, et al. Compêndio de oftalmologia geral. Atheneu. 1ed. São Paulo. 2016.
-Filho JV, Cruz AAV, Schellini AS. Órbita, Sistema Lacrimal e Oculoplástica / CBO. Terceira edição. RJ: Cultura Média, 2013.
-Satto LH, Marques MEA, Schellini AS. CEC com evolução para exenteração: relato de caso. Arq Bras Oftalmol. 2012;75(1):61-3.

INTUBAÇÃO MONOCANALICULAR – RELATO DE CASO

Nilo Borges Guimarães

Sarah Gonçalves Cruz

Eduardo Damous Fontenele Feijó

Antônio Augusto Velasco Cruz

Intubação monocanalicular – relato de caso

Nilo Borges Guimarães[1], Sarah Gonçalves Cruz[2], Eduardo Damous Fontenele Feijó[2], Antônio Augusto Velasco Cruz[1]
Hospital da Clínicas de Ribeirão Preto[1], Hospital Oftalmológico de Anápolis[2]

INTRODUÇÃO

Lesões palpebrais são comuns na urgência oftalmológica. Um quinto dos casos de mordedura de cães, vão acometer os canaliculos. Há necessidade de uma correção rápida e satisfatória para se evitar sintomas de epífora pós-traumático.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 3 anos, chegou à unidade de emergência acompanhado da mãe com história de trauma de via lacrimal após mordedura de cachorro. A criança estava brincando com o animal doméstico quando o acidente aconteceu.Pré escolar sem comorbidades, negando uso de medicações contínuas.Ao exame apresentava acuidade visual de 0,5 em ambos os olhos. À ectoscopia apresentava motilidade ocular preservada bilateralmente, sem desvios. A lesão presente na pálpebra acometeu o canículo inferior em sua porção horizontal, há aproximadamente 4 mm do ponto lacrimal inferior esquerdo sem perda tecidual. Biomicroscopia e fundo de olho sem alterações. A técnica escolhida para sondagem foi a intubação monocanalicular com cateter de teflon 22G. Identificado primeiramente a porção distal do canalículo. Depois, progrediu-se o cateter com sonda de Bowman como guia até obter-se hard stop. Feita a sutura dos tecidos ao redor com vicryl 6-0 e a fixação do cateter na pele com prolene 6-0, três pontos simples transfixando o cateter e pele.Esse procedimento conseguiu ficar estável por 30 dias. Os pontos se soltaram e a criança retornou ao ambulatório sem o cateter e sem queixas de epífora ou obstrução.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Fig 1 - Lesão canalicular em PIE a 4 mm do ponto lacrimal



Fig 2 - Lesão canalicular corrigida com intubação monocanalicular com cateter de silicone.

DISCUSSÃO:

O conhecimento da intubação das vias lacrimais por parte do oftalmologista se faz necessário para sucesso do tratamento. Diversos materiais e técnicas têm sido desenvolvidos desde 1913, porem, a maioria delas ainda encontram desafios de disponibilidade nos serviços de emergência, manuseio difícil e resultado pouco estético. Quanto mais cedo a lesão canalicular for reparada, mais satisfatórios serão os resultados quanto ao restabelecimento de suas funções. Esse caso, relatando uma técnica de intubação com cateter de teflon, demonstra que é possível um tratamento rápido graças à ampla disponibilidade do material e relativa facilidade de execução da técnica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- JV; Costa, MN. Canalicular laceration: a simplified suture technique. Artigos Originais • Arq. Bras. Oftalmol. 66 (3). Jun 2003
- Reifler DM. Management of canalicular laceration [commented on Surv Ophthal 1991;36:323-4]. Surv Ophthalmol 1991;36:113-32.

ÓRBITA

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES COM ORBITOPATIA DISTIREOIDIANA E RELAÇÃO COM GRAVIDADE DA DOENÇA

Vivian Lumi Tsai

Ivana Romero Lopes Kusabara

Milena Vasconcellos

José Vital Filho

Adriano Namo Cury

Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com orbitopatia distireoidiana e relação com gravidade da doença

Vivian Lumi Tsai, Ivana Romero Lopes Kusabara, Milena Vasconcellos, José Vital Filho, Adriano Namo Cury
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A orbitopatia de Graves é a manifestação extratireoidiana mais comum da doença de Graves. Pacientes com orbitopatia distireoidiana apresentam prejuízo em sua qualidade de vida, afetando desde sua função visual até sua estética. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar se existe correlação entre gravidade e atividade da doença oftalmológica e alterações no questionário de qualidade de vida.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram avaliados 133 pacientes com orbitopatia distireoidiana procedentes do Ambulatório do setor de Órbita da Santa Casa de São Paulo no período de janeiro de 2018 até abril de 2022, sendo coletados dados epidemiológicos. Foram classificados de acordo com a gravidade (NOSPECS e EUGOGO) e atividade da doença (CAS). Aplicado questionário de qualidade de vida (GO - QOL, proposta pela grupo EUGOGO) e a partir das respostas, foram calculados dois escores, um funcional e outro estético para cada paciente, segundo proposto por Terwee e colaboradores[2]. Os pacientes foram, então, divididos em baixo (≥ 75), moderado (entre 50 e 75) e alto impacto (≤ 50) para esses dois escores. Foram excluídos pacientes com outras doenças oftalmológicas que pudessem influenciar a resposta ao questionário.

RESULTADOS

Os pacientes eram predominantemente do sexo feminino (92%), com duração media da oftalmopatia de 47,79 meses. 56% eram tabagistas/ex-tabagistas. A media dos escores funcional e estético foram, respectivamente, 67,44 e 42,35 pontos. Ao comparar as classificações EUGOGO, NOSPECS e CAS com os escores funcional e estético, houve uma relação estatisticamente significativa entre todas as classificações e escore funcional, com $p < 0,01$ (calculado pela correlação de Spearman), enquanto que do ponto de vista estético, não houve correlação estatística.

DISCUSSÃO

As manifestações da orbitopatia de Graves são muito variáveis e apresentam desde alterações leves, como a retração palpebral, até quadros que comprometem a função visual[1,3].O questionário de qualidade de vida para oftalmopatia de Graves (GO-QOL) foi o primeiro instrumento criado por Tweet e colaboradores em 1998 para avaliação da qualidade de vida desses pacientes[2].Gerding et al observaram que pacientes com orbitopatia distireoidiana possuem prejuízo equiparável a outras condições clínicas crônicas[5].Choi et al aplicaram o questionário QOL em 98 pacientes e avaliaram que pacientes com maior gravidade pelo escore EUGOGO apresentaram pior escore em sua qualidade de vida ($p < 0,05$)[4], fato que foi corroborado pelo nosso estudo.

Vilagellin et al observaram pior escore pelo GO – QOL, tanto no âmbito da função visual quanto estético[3], diferente de nosso estudo, que só observou correlação estatística com o escore funcional.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Dados demográficos dos pacientes

VARIÁVEIS	
DURAÇAO TIREOIDOPATIA (N=130) (MESES)	69,19 (SD 96,702)
DURAÇÃO ORBITOPATIA (MESES)	47,79 (SD 85,01)
IDADE MÉDIA (ANOS)	46,88 (SD 12,9876)
SEXO MASCULINO	41 (31%)
SEXO FEMININO	92 (69%)
TERAPIA PRÉVIA	
DROGAS ANTITIREOIDIANAS	117 (88%)
TIREOIDECTOMIA	15 (11%)
RADIOIODOTERAPIA	28 (21%)
CORTICOIDE	28 (21,5%)
PULSOTERAPIA	22 (78,6%)
ORAL	4 (14,3%)
LOCAL (TRIANCINOLONA)	2 (7,1%)
ANTICORPO ANTIRECEPTOR DE TSH (TRAB)	
POSITIVO	74 (56%)
NEGATIVO	24 (18%)
AUSENTE	35 (26%)
EUGOGO	
MILD	76 (57%)
MODERATE	46 (35%)
SIGHT-THREATENING	11 (8%)
CAS	
< 3	111 (83%)
> = 3	22 (17%)
TABAGISMO	74 (56%)
DIPLOPIA	48 (36%)
ASSIMETRIA	67 (50%)
ESTRABISMO	45 (34%)
RETRAÇÃO > 2MM	55 (41%)

ESCORE FUNCIONAL	ALTO IMPACTO	IMPACTO MODERADO	BAIXO IMPACTO
	38 (28,6%)	17 (12,8%)	78 (58,6%)

ESCORE ESTÉTICA	ALTO IMPACTO	IMPACTO MODERADO	BAIXO IMPACTO
	83 (62,4%)	24 (18%)	26 (19,6%)

Tabela 2 – Impacto na QOL

CONCLUSÃO

A orbitopatia distireoidiana traz um grande impacto na qualidade de vida, podendo ser equiparável a outras doenças crônicas. Foram observados piores escores funcionais no questionário de qualidade de vida (GO –QOL) em pacientes com maior gravidade e atividade da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bartalena L, P. E. (2020, November 30). Epidemiology, Natural History, Risk Factors, and Prevention of Graves' Orbitopathy. *Front Endocrinol (Lausanne)*, p. 11:615993.
2. Terwee, C.B., Gerding, M.N., Dekker. F.W., Prummel, M.F. & Wiersinga, W.M. (1998) Development of a disease-specific quality of life questionnaire for patients with Graves' ophthalmopathy: The GO-QOL. British Journal of Ophthalmology 82, 773±779.
3. Cockerham KP, Padnick-Silver L, Stuertz N, Francis-Sedlak M, Holt RJ. Quality of Life in Patients with Chronic Thyroid Eye Disease in the United States. Ophthalmol Ther. 2021 Dec;10(4):975-987. doi: 10.1007/s40123-021-00385-8. Epub 2021 Sep 3.
4. Lee, Tze Howe Brandon*; Sundar, Gangadhara D.O., F.R.C.S.Ed., F.A.M.S.†. Quality of Life in Thyroid Eye Disease: A Systematic Review. Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery: March/April 2020 - Volume 36 - Issue 2 - p 118-126 doi: 10.1097/IOP.0000000000001446
5. Gerding MN, Terwee CB, Dekker FW, Koornneef L, Prummel MF, Wiersinga WM. Quality of life in patients with Graves' ophthalmopathy is markedly decreased: measurement by the medical outcomes study instrument. *Thyroid* 1997; **7** (6): 885–889.

EXENTERAÇÃO ORBITÁRIA: EXPERIÊNCIA NA FUNDAÇÃO CENTRO DE ONCOLOGIA DA REGIÃO AMAZÔNICA DE 2020 A 2022

Rafaela Duarte Burgos

Fabio Arruda Bindá

Lia Mizobe Ono

Exenteração Orbitária: experiência na Fundação Centro de Oncologia da região Amazônica de 2020 a 2022

Rafaela Duarte Burgos 1 Fabio Arruda Bindá 2 Lia Mizobe Ono 3
FCECON

INTRODUÇÃO

A exenteração orbitária é a cirurgia que abrange a remoção de toda a estrutura do contingente orbitário, envolvendo o olho, gordura orbitária, músculos, nervos, vasos , fórnices conjuntivas e pálpebras. Ela pode ser total , parcial ou estendida. A exenteração orbitária é uma cirurgia radical realizada principalmente nos casos de doenças neoplásicas, e em poucos casos de doenças inflamatórias ou infecciosas avançadas, quando os procedimentos mais conservadores não são curativos. Estudos sobre exenteração são escassos na literatura, principalmente na população brasileira, na região norte isso se torna mais evidente.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo, envolvendo pacientes submetidos a exenteração orbitária na FCECON (Fundação Centro de Controle em Oncologia no estado do Amazonas) entre os anos 2020 e 2022.
As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral, por equipe multidisciplinar, composta por oftalmologista especialista em oculoplástica e cirurgião de cabeça e pescoço.
Os dados foram transferidos para a tabela Microsoft Excel .

RESULTADOS

No período avaliado foram realizadas 16 exenterações em 16 pacientes, sendo a média de idade (variando entre 15 e 90 anos). A população estudada compreendeu 7 homens e 9 mulheres .
Todas as exenterações realizadas foram para tratamento de tumores malignos.
A análise histopatológica evidenciou tipos diferentes de tumores, sendo o carcinoma espinocelular (CEC) o mais frequente, seguido dos melanomas, leiomiossarcoma , adenoide cístico .

DISCUSSÃO

O propósito deste trabalho é mostrar a experiência da Fundação Centro de controle em Oncologia do estado do Amazonas dos indivíduos que sofreram exenteração orbitária, uma vez que na literatura existem poucos dados sobre o assunto, tanto na população brasileira, como na região Amazônica . A exenteração orbitária é uma cirurgia mutilante, que leva a deformidades faciais definitivas, suas indicações são limitadas. Em nosso serviço as indicações foram por tumores malignos. A indicação pode também ocorrer para tumores benignos ou pseudotumores, contudo sempre com uma frequência maior para neoplasias malignas . Divergindo da literatura onde a maioria aponta o CBC como o principal tumor encontrado nas exenterações . Encontramos o tumor espinocelular CEC como o principal tumor responsável

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Criança Xeroderma Pigmentoso com CEC bilateral



Pacientes:	16 pacientes	16 exenterações
16 exenterações	7 Homens	9 Mulheres
Tipos de exenterações :	14 totais	2 estendidas
Método de reconstrução:	16 granulação	
Tipo de tumor	8 CEC	4 melanomas / 4 outros tipos

CONCLUSÃO

A indicação de exenteração na Fundação Centro de Controle em Oncologia do estado do Amazonas decorreu predominantemente de CEC e o principal sítio primário estava localizado na conjuntiva e córnea, seguido da pálpebras . O procedimento mais realizado foi a exenteração total com a grande maioria alcançando margens livres. O atraso no atendimento primário, a dificuldade geográfica dos interiores do estado do amazonas, e o atraso do diagnostico precoce desses pacientes faz com que o número de exenterações ainda seja elevado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aqui v 1.Levin PS, Dutton JJ. A 20-year series of orbital exenteration. Am J Ophthal- mol. 1991;112(5):496-501.
2. Yeatts RP. The esthetics of orbital exenteration. Am J Ophthalmol. 2005;139(1):152-3.
3. Rahman I, Cook AE, Leatherbarrow B. Orbital exenteration: a 13 year Manchester experience. Br J Ophthalmol. 2005;89(10):1335-40
4. Nemet AY, Martin P, Benger R, Kourt G, Sharma V, Ghabrial R, et al. Orbital exenteration: a 15-year study of 38 cases. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2007;23(6):468-72.
5. Kaur A, Khattri M, Jaiswal V. Pattern of orbital exenteration at a tertiary eye care centre in North India. Nepal J Ophthalmol. 2012;4(1):64-7
6. Ali MJ, Pujari A, Dave TV, Kaliki S, Naik MN. Clinicopathological profile of orbital exenteration: 14 years of experience from a tertiary eye care center in South India. Int Ophthalmol. 2016;36(2):253-8

OSTEOMA DE SEIO MAXILAR INVADINDO ÓRBITA: RELATO DE CASO

Isabela Maria Afonso Coimbra

Rodrigo Tamietti Durães

Laissa Carvalho Leite

Danillo Almeida de Carvalho

OSTEOMA DE SEIO MAXILAR INVADINDO ÓRBITA: RELATO DE CASO

Isabela Maria Afonso Coimbra[1]; Rodrigo Tamietti Durães[1]; Laissa Carvalho Leite[1]; Danillo Almeida de Carvalho[1]
[1]Clinica Durães, Brasília, DF.

INTRODUÇÃO

Osteomas são tumores benignos ósseos de crescimento lento e ilimitado, podendo estar associados a traumas prévios e infecções. Afetam mais o nariz e os seios paranasais, sendo mais comum em seio frontal e etmoide e mais raro em seios esfenoide e maxilar. Ocorre mais no sexo masculino a partir da terceira década de vida. A invasão orbitária é rara e a sintomatologia dependerá da localização, podendo causar estrabismo, diplopia, epífora.

RELATO DO CASO

ACOM, sexo feminino, compareceu à consulta oftalmológica queixando-se de dor ocular, estrabismo agudo, diplopia e parestesia em hemiface direita. Como antecedentes, referia apenas hipertensão arterial controlada. Ao exame ocular apresentava aparente enoftalmia em olho direito, retração de pálpebra inferior direita, restrição da motilidade ocular superior e diplopia superior em olho direito. A Exoftalmometria de Hertel: 15 mm OD e 16 mm OE. AV S/C 20/30 AO. A TC de órbitas mostrava destacamento do osteoma em seio maxilar direito, com fratura do assoalho da órbita e da lâmina papirácea e insinuação para o interior da órbita direita. A RM de órbitas mostrava formação nodular hipointensa no seio maxilar direito, elevando o assoalho da órbita e os músculos reto inferior e reto medial ipsilaterais. A paciente foi submetida a exérese da lesão por via endoscópica endonasal e via transconjuntival, em conjunto com a equipe da otorrinoloringologia. Foi feito o descolamento do osteoma aderido ao assoalho posterior e sua luxação para o seio maxilar. Posteriormente, foi feita a reconstrução com placa de titânio e porex recortada conforme dimensões do assoalho da órbita e estabilizada com miniparafusos. A paciente apresentou evolução pós-cirúrgica favorável, com melhora importante dos sintomas. O anatomopatológico confirmou se tratar de osteoma do seio maxilar.

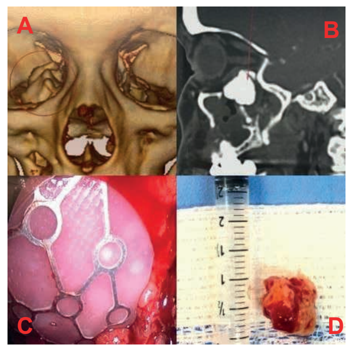


Figura 1 (A e B): Imagem 3D e corte sagital de TC de órbitas mostrando osteoma de seio maxilar invadindo órbita direitaImagem. **C:** Reconstrução do assoalho da orbita direita utilizando placa de titânio com porex. **D:** Lesão retirada por completo apresentando aproximadamente 2 cm.

DISCUSSÃO:

Apesar de incomum, osteomas de seios paranasais podem invadir a órbita e causar muitos sintomas. A paciente em questão apresentava um osteoma de seio maxilar direito se insinuando para o interior da órbita, acometendo os músculos reto inferior e reto medial à direita, o que lhe causava diplopia e hipotropia, além de dor em face. Apesar do crescimento ser lento, é ilimitado. Portanto, nesse caso, optou-se por uma conduta cirúrgica imediata para alívio dos sintomas e também evitar o acometimendo do nervo óptico caso o tumor continuasse a crescer para o interior da órbita.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Carvalho CSC, Schellini AS, Tagliarini JV, Nakajima V, Domingues MA. Osteoma do etmóide com invasão orbitária: relato de três casos e revisão da literatura. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia [Internet]. 2007; 70(6): 1024-1028.

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM CASO DE ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULA LACRIMAL

Medeiros, C. D.

Mendonça, P. S. R. L.

Pereira, L. M. N.

Santo, R. O. E.

APRESENTAÇÃO ATÍPICA DE UM CASO DE ADENOMA PLEOMÓRFICO DE GLÂNDULA LACRIMAL

MEDEIROS, C. D. ; MENDONÇA, P. S. R. L.; PEREIRA, L. M. N.; SANTO, R. O. E.
Instituto de Olhos Ciências Médicas - IOCM

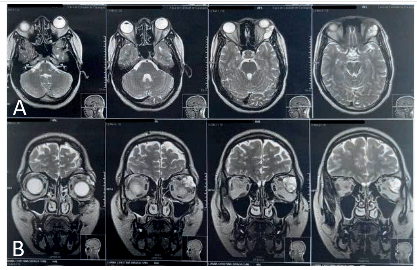
INTRODUÇÃO

O adenoma pleomórfico é o tumor epitelial mais frequente da glândula lacrimal e ocorre normalmente na 3ª e 4ª década de vida. São raros na prática clínica e sua manifestação mais comum é a exoftalmia indolor. Seu crescimento é lento e o tratamento é a completa excisão do tumor. Este relato descreve um caso atípico de adenoma pleomórfico em uma jovem de 24 anos.

RELATO DO CASO

Paciente de 24 anos, sexo feminino, comparece ao atendimento oftalmológico com história de aumento do volume orbitário esquerdo há aproximadamente 06 meses. Nega antecedentes de infecção local, diplopia ou lacrimejamento. Refere acompanhamento oftalmológico prévio devido à ceratocone. Ao exame físico apresentava acuidade visual de 20/150 em ambos os olhos, exoftalmometria de 15mm em olho direito e 25mm em olho esquerdo, aumento da dimensão horizontal da pálpebra superior esquerda e movimentação extrínseca ocular sem alterações. Ressonância magnética com contraste mostrou lesão de aspecto sólido e captante na glândula lacrimal esquerda, medindo cerca de 2,7x2,4x1,3cm e determinando proptose e espessamento do musculo reto lateral. Optado por realizar biopsia excisional da lesão considerando o risco de adenocarcinoma e transformação maligna. O exame anatomopatologico mostrou tumor de glândula lacrimal compatível com o diagnóstico de adenoma pleomórfico. As margens cirúrgicas encontravam-se livres de comprometimento tumoral. A paciente evoluiu sem complicações e permanece em atual acompanhamento ambulatorial.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figuras A e B: cortes axial e coronal evidenciando lesão solida captante de contraste em topografia de glândula lacrimal esquerda;

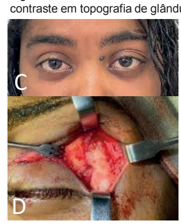




Figura C: aspecto pré-operatório com aumento da dimensão horizontal da pálpebra esquerda;
Figuras D e E: ressecção cirúrgica tumoral completa.

DISCUSSÃO:

O adenoma pleomórfico corresponde a cerca de 12% de todas as lesões da glândula lacrimal. Sua apresentação clínica é caracterizada por uma massa palpável no quadrante supero-lateral da órbita que pode levar à exoftalmia indolor. A investigação radiológica fornece informações sobre a extensão anatômica, configuração e margens da lesão. O diagnóstico definitivo é feito com o exame anatomopatológico. O tratamento consiste na excisão completa do tumor e tecidos adjacentes. O prognóstico é relativamente benigno e está intimamente relacionado à remoção completa do tumor, incluindo sua capsula. Considero o caso incomum devido à sua apresentação em adulto jovem e rápida evolução.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aqui vaSantos RR, Damasceno RW, de Pontes FS, Cursino SR, NishiwakiDantas MC, Vital Filho J, et al. Ten-year follow-up of a case series of primary epithelial neoplasms of the lacrimal gland: clinical features, surgical treatment and histopathological findings. Arq Bras Oftalmol. 2010;73(1):33-9.i

ABORDAGEM DE HEMANGIOMA INTRAÓSSEO ORBITÁRIO: RELATO DE CASO

Rodrigo V. de Brito

Francielle G. Viana

Mariana R. Vaz Guimarães

Davi Araf



Abordagem de Hemangioma Intraósseo Orbitário: relato de caso

Rodrigo V. de Brito; Francielle G. Viana; Mariana R. Vaz Guimarães; Davi Araf
Hospital CEMA

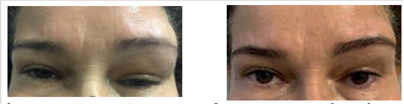
INTRODUÇÃO

Os hemangiomas intraósseos orbitários são lesões de origem vascular, raras e benignas. A apresentação mais frequente é uma massa indolor no rebordo orbital, característica comum a diversas patologias. Ocorre mais frequentemente entre a quarta e quinta décadas de vida, acometendo mais o sexo feminino.

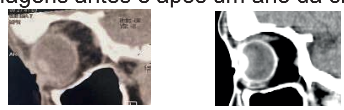
RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 53 anos, queixando-se de nódulo em região de supercílio esquerdo, com crescimento lento há 5 anos. Ao exame orbitopalpebral, observou-se abaulamento no rebordo orbitário temporal superior à esquerda, gerando ptose palpebral e distopia inferior. A tumoração apresentava consistência endurecida à palpação, não móvel e indolor. Os demais exames oftalmológicos estavam dentro da normalidade. A tomografia computadorizada de órbitas revelou região fronto-orbital esquerda com aumento de volume e aspecto em vidro fosco; lesão obliterando os contornos do bulbo ocular e glândula lacrimal, gerando leve compressão extrínseca. Foi indicada inicialmente biópsia excisional do tumor, mas devido a sangramento intenso intra-operatório, foi realizada somente a biópsia incisional, portanto sem remoção completa da lesão.O anatomopatológico mostrou proliferação vascular com sinais de ectasia em fragmentos de tecido ósseo cortical maduro, compatível com hemangioma intraósseo. O exame de imagem após um ano mostrou lesão óssea displásica com atenuação em vidro fosco e efeito de expansão, componente estendido intraorbitário, comprimindo levemente o bulbo ocular e a glândula lacrimal.

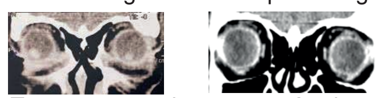
FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



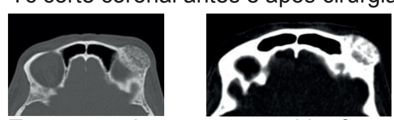
Imagens antes e após um ano da cirurgia



Tc corte sagital antes e após cirurgia



Tc corte coronal antes e após cirurgia



Tc mostrando aspecto em vidro fosco

DISCUSSÃO:

O hemangioma intraósseo tem apresentação clínica variável e corresponde a menos de 1% dos tumores ósseos. Tem como diagnóstico diferencial: cisto dermóide, meningioma, displasia fibrosa, entre outros. A embolização pré-operatória pode reduzir o risco de sangramento, porém não foi realizada neste caso por não haver suspeita prévia de tal lesão. Entretanto, no intraoperatório, diante de um sangramento maciço, a possibilidade diagnóstica foi levantada e confirmada por anatomopatológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.TORRES-CARRANZA, E. et al. Hemangioma intraóseo primario de la órbita: a propósito de dos casos. Neurocirugía, v. 18, n. 4, p. 320–325, 1 ago. 2007.
2. REIS, B. L. et al. Primary hemangioma of the skull. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, v. 66, p. 569–571, 1 set. 2008.
3. Rios Dias, G.D., Velasco Cruz, A.A.: Hemangioma intraosseoso da parede orbital lateral. Oftal Plast Reconstr Surg 2004; 20: 27-30
4. Okada, A.A., Shore, J.W., Rubin, P.A.D.: Hemangiomas intraosseosos periorbitais. Int Oftalmol Clin 1992; 32: 111-122.

FIBROMA OSSIFICANTE TIPO JUVENIL COM ACOMETIMENTO ORBITÁRIO: RELATO DE CASO

Pereira, L M N.

Espirito Santo, R O

Stefanelli, F C

Pereira A F R

Fibroma Ossificante Tipo Juvenil com Acometimento Orbitário: Relato de Caso

Pereira, L M N.; Espirito Santo, R O; Stefanelli, F C; Pereira A F R
INSTITUTO DE OLHOS CIENCIAS MEDICAS

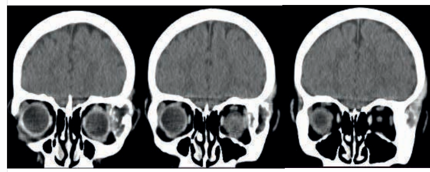
INTRODUÇÃO

O grupo de lesões fibro-ósseas da região facial é muito heterogêneo mas todas elas têm em comum a substituição do osso normal por fibroblastos com consequente formação de fibras de colágeno e por diferentes tipos de tecidos mineralizados. Dentro desse grupo de lesões encontra-se o Fibroma Ossificante Juvenil, designado uma neoplasia fibro-óssea benigna, rara e recidivante

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 8 anos, apresentou-se ao nosso serviço de plástica ocular, relatando um rápido aumento de volume na região orbitária a esquerda, associado a proptose leve, notado a partir de fevereiro de 2022. Tomografia de crânio e órbitas de 07/04/22 evidenciando lesão osteolítica infiltrativa na parede lateral da orbita esquerda, com componente de partes moles heterogêneo. Ressonância magnética de crânio e órbitas de 26/04/22 mostrando intenso realce heterogêneo na mesma topografia, apresentando perda dos planos de clivagem com estruturas adjacentes. Realizada biópsia em 24/06/22, com acesso orbitário lateral e retirada de diversos fragmentos da lesão, enviados para laboratório de patologia especializado. O resultado mostrou fragmentos de tecido ósseo apresentando lesão característica pela proliferação de células fusiformes formandos feixes e arranjos vorticilares, havendo vários focos de ossificação metaplásica e algumas cavidades hemorrágicas contornadas por células gigantes multinucleadas. Não foram observadas atipias significativas ou elementos histológicos de malignidade nas amostras, concluindo-se assim o diagnóstico de fibroma ossificante tipo juvenil (FOJ) com componente de cisto ósseo aneurismático.

IMAGENS



Cortes da Tomografia Computadorizada em plano coronal mostrando lesão osteolítica infiltrativa em parede lateral da órbita esquerda

DISCUSSÃO:

O FOJ é uma neoplasia rara, descrita como parte de um grupo de lesões fibro-ósseas que descrevem a substituição de tecido ósseo sadio por tecido fibroso, contendo focos de mineralização de formas e quantidades variadas. Acometem normalmente ossos do complexo maxilofacial de crianças e adolescentes, com idade inferior a 15 anos em 79% dos casos. Evidencia comportamento clínico agressivo, que envolve principalmente os seios paranasais, órbita e complexo fronto-etmoidal. O cisto ósseo aneurismático é um achado relativamente incomum nos ossos faciais, sendo que pode ser visto secundariamente associado ao FOJ. A associação das duas condições é um achado raro na literatura. Implicações funcionais e estéticas são observadas em virtude da rápida expansão dos ossos envolvidos, causando o deslocamento de estruturas adjacentes e assimetria facial. A correta indicação do procedimento cirúrgico depende do comportamento biológico da lesão, que normalmente está associado a altos índices de recidiva, tornando a ressecção parcial do tumor um procedimento cirúrgico efetivo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Waldron CA. Fibro-osseous lesions of the jaws. J. Oral Maxillofac Surg. 1993;51(8):828-35.
2- Figueiredo, L. M. G., Valente, O. H. R., Sarmento V. A., Trindade, S. C., Oliveira, T. F. L., & Costa, W. R. M. (2012). Aspectos atuais no diagnóstico e tratamento do fibroma ossificante juvenil. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, 41(2) 99-102

LEIOMIOMA ORBITÁRIO EM PACIENTE IMUNOSSUPRIMIDO

Matheus de Souza Cerveira Pereira

Mariana Anunciação Saulle

Mariana Botelho Dias de Souza Guido

Sylvia Regina Temer Cursino



Leiomioma orbitário em paciente imunossuprimido

Matheus de Souza Cerveira Pereira, Mariana Anunciação Saulle, Mariana Botelho Dias de Souza Guido, Sylvia Regina Temer Cursino
Hospital Oftalmológico de Sorocaba (BOS)

INTRODUÇÃO

Leiomioma é um tumor benigno de músculo liso, mais comum no útero e trato gastrointestinal. Sua localização na órbita e trato uveal é rara devido a escassez desse tipo de músculo no local. Apesar de seu caráter não maligno, pode causar proptose, cefaleia e alteração da motilidade ocular devido a invasão da lesão.

RELATO DO CASO

Homem de 63 anos, queixando-se de lesão em canto medial de olho direito de crescimento em aproximadamente um ano. Paciente olho único, possui histórico de penfigoide ocular em ambos os olhos (AO), evoluindo para transplante de córnea em olho esquerdo (OE). Em uso de ciclofosfamida 50 mg ao dia. Acuidade visual 20/20 em olho direito (OD) e percepção luminosa em OE. Na biomicroscopia apresentava simbléfaro inferior e medial, lesão nodular e endurecida no canto medial subconjuntival e abaixo da carúncula em OD, com hiperemia local e restrição da motilidade ocular, além de trave de simbléfaro. Reação pupilar era normal e pressão intraocular de 10 mmHg. Na fundoscopia, relação E/D aumentada e sem outros achados. A tomografia computadorizada (TC) de órbita demonstrou imagem nodular medial ao globo e extraconal, medindo 2,5 X 1,9 X 1,4 cm (figura 1). O achado estava em contato com músculos reto medial e inferior, além da parede do globo ocular. A abordagem cirúrgica foi através de incisão na carúncula (figura 2). A massa foi dissecada por inteiro após divulsão dos planos próximos, medindo 2,5 X 2,4 X 1,3 cm (figura 3). O diagnóstico histológico foi leiomioma.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1: TC de órbita mostrando imagem nodular medial ao globo e extraconal.



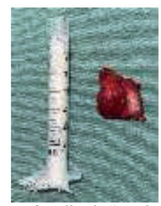


Figura 2: Exposição de tumor após divulsão via incisão canalicular.
Figura 3: Tumor excisado para anatomopatológico.

DISCUSSÃO:

Leiomioma é um tumor raramente encontrado na órbita. Acuidade e campo visual não costumam ser afetados. Exames de imagem, como ressonância magnética e tomografia computadorizada auxiliam no diagnóstico diferencial. Dentre as etiologias, é necessário considerar hemangioma cavernoso, schwannoma e lesão metastática. A excisão cirúrgica é o método de escolha para melhora clínica e diagnóstico definitivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gündüz K., Günalp I., Erden E., Erekul S. Orbital Leiomyoma: Report of a Case and Reviews the Literature. Surv Ophtalm. 2004;49(2): 237-42.
2. Merani R., Khannah G., Mann S., Ghabrial R. Orbital leiomyoma: a case report with clincal, radiological and pathological correlation. Clin Exp Ophtalmol. 2005;33(4): 159-64.

LINFOMA ORBITÁRIO DE GRANDES CÉLULAS B ASSOCIADO AO HIV

Ramos, BM

Parreira YA

Santos RP

Lopes MR

Linfoma orbitário de grandes células B associado ao HIV

Autor: Ramos, BM; Co-autores: Parreira YA, Santos RP, Lopes MR
CEROF - UFG

INTRODUÇÃO

Os linfomas dos anexos oculares constituem cerca de 5-15% de todos os linfomas extraganglionares. O linfoma difuso de grandes células B corresponde a 50% dos casos de linfoma não-Hodgkin (LNH) é considerado agressivo e tem como idade mediana de acometimento a sexta década de vida.

RELATO DO CASO

Paciente R. F. R., do sexo masculino, 41 anos de idade, chegou ao pronto socorro com queixa de proptose dolorosa com 30 dias de evolução progressiva do quadro clinico. Ao exame oftalmológico apresentava, além da proptose, restrição da movimentação dos músculos extraoculares, edema palpebral, hematoma, quemose e hiperemia conjuntival. A acuidade visual na admissão do paciente estava 20/40. Foram solicitados exames laboratoriais para rastreio de doenças infecciosas e reumatológicas e ressonância magnética (RM) de orbita. Teve exame positivo para HIV e a RM demonstrou espessamento volumoso do reto medial tendo como diagnóstico diferencial pseudotumor inflamatório e processo linfoproliferativo primário. Dessa forma, foi submetido a biópsia do musculo reto medial e cantólise para descompressão do globo ocular. O resultado da biópsia com estudo imuno-histoquímico foi compatível com linfoma difuso de de células de B de alto grau com alto índice de proliferação celular. Dessa forma, foi encaminhado ao serviço de oncologia para tratamento quimioterápico e durante internação hospitalar apresentou piora clinica rápida e veio a óbito.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

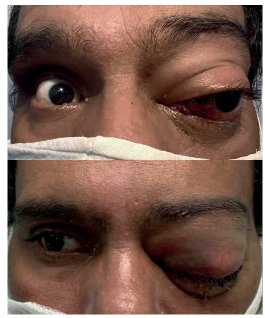


Figura 1: pré e pós-operatório

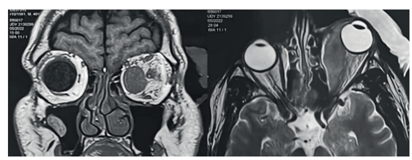


Figura 2: TC de órbita demonstrando espessamento do reto medial

DISCUSSÃO:

O paciente apresentou uma forma rara de acometimento do LNH com desfecho rápido para óbito. Sabe-se que o prognóstico da doença depende do seu estadiamento onde são considerados os seguintes parâmetros: idade, estágio avançado, envolvimento extranodal, estado de performance e níveis séricos de LDH. O diagnóstico de HIV também foi um fator relevante visto que acometimento é 60-200 vezes maior de LNH nessa população, com influência importante na sobrevida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Mota SMB, Linfoma não-Hodgkin difuso de grandes células B: características clínicas, tratamento e prognostico com os esquemas quimioterápicos chop e chop-bleo [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2006.
2- Nascimento JS, Linfomas relacionados ao hiv em adultos atendidos na rede pública de recife-pe. [tese] Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2016.

CISTO DERMOIDE COM EXTENSÃO ESFENOIDAL

Alisson L. Andrade

Márcia C. Todo

Roberta Lilian F. de Sousa Meneghim

Silvana A. Schellini

Cisto dermoide com extensão esfenoidal

Alisson L. Andrade[1], Márcia C. Todo[2], Roberta Lilian F. de Sousa Meneghim[3], Silvana A. Schellini[3]
1) Fellow, Primeiro Ano, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
2) Residente Terceiro Ano, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP
3) Departamento de Especialidades Cirúrgicas e Anestesiologia, Divisão de Oftalmologia, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

INTRODUÇÃO

Cistos dermoides são tumores benignos originados de células germinativas embrionárias ectodérmicas que espalham-se durante período de migração, permanecendo em local ectópico após o fechamento de fissuras.[1,2] Os cistos superficiais geralmente são detectados na infância, já os profundos, em adultos jovens com proptose indolor de início gradual mais comumente no quadrante temporal ou superotemporal, sendo rara a extensão intracraniana.[3] O objetivo deste é relatar um adolescente portador de cisto dermoide com extensão esfenoidal.

RELATO DO CASO

Paciente de 16 anos, sexo masculino, sem comorbidades, há 9 meses queixa-se de distopia nasal inferior do olho esquerdo (OE) de caráter progressivo, associado a proptose e dor esporádica. Acuidade visual (AV) 20/20 em ambos os olhos. Exoftalmometria: 15/21mm, com distopia do OE nasal inferior. Motricidade ocular extrínseca (MOE) e reflexos normais. À ressonância magnética observou-se lesão expansiva intraorbitária no quadrante superolateral esquerdo com componente extraorbitário ocupando parcialmente espaço mastigatório suprazigomático. Na tomografia computadorizada (TC) apresentava lesão expansiva com densidades de partes moles, e alteração óssea da asa maior do esfenoide descontinua. Submetido à ressecção do tumor por via pterional esquerda, foi observada lesão brancacenta com aspecto sebáceo em íntima relação com o osso esfenóide, dura-máter e periórbita, sem invasão. No pós operatório imediato, manteve-se AV, reflexos pupilares e MOE preservados.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

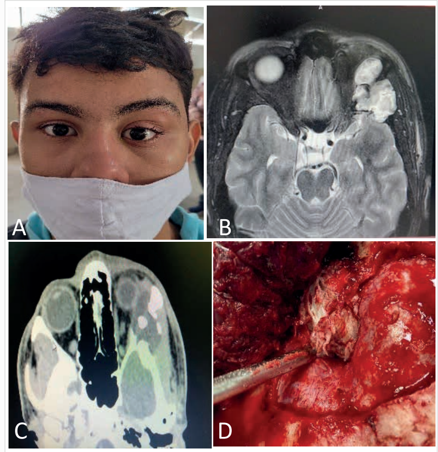


Figura 1. A. Distopia nasal inferior de OE; B.Lesão frontotemporal hiperintensa em T2; C.Lesão hipodensa gerando erosão óssea na asa maior do esfenoide na TC; D. Visão intraoperatória evidenciando lesão em íntima relação com dura-mater e osso esfenóide.

DISCUSSÃO:

Relatamos este caso pela apresentação incomum do cisto dermoide com extensão intracraniana profunda em paciente jovem,[2] sem invasão orbitária. Outros estudos observaram que dermóides em halteres (*dumbbell*) envolvendo fossa temporal podem diferenciar de sua localização orbitária entre o pré e intraoperatório.[3] O tratamento é a remoção total `do cisto com curetagem e lavagem local, porém uso de substâncias químicas e drenagem dos cistos já foram reportados[3].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Niederbagen B, Reich RH, Zentner J. Temporal Dermoid with Intracranial Extension: Report of a Case. J Oral Maxillofac Surg. 1998; 54; 1352-54.
2.Knani L, Gatfaoui F, Krifa F, Mahjoub H , Daldoul N, Ben Hadj Hamida F. Orbital dermoid cysts: Clinical spectrum and outcome Journal français d'ophtalmologie. 2015;38:950-54.
3.Pushker N, Meel R, Kumar A, Kashyap S, Sen S, Bajaj MS.Orbital and periorbital dermoid/ epidermoid cyst: a series of 280 cases and a brief review. Can J Ophthalmol. 2020;55(2);167-171.

CELULITE PÓS-SEPTAL EVOLUINDO COM OCLUSÃO DE ARTÉRIA E VEIA CENTRAL DA RETINA

Parreira YA

Santos RP

Ramos BM

Silva MRL

Celulite pós-septal evoluindo com oclusão de artéria e veia central da retina

Autora: Parreira YA; Coautores: Santos RP, Ramos BM, Silva MRL
CEROF - UFG

INTRODUÇÃO

As infecções orbitárias se dividem em pré e pós septais de acordo com a sua localização em relação ao septo orbitário podendo ser desencadeadas por sinusite. A celulite pós septal é grave e pode evoluir para abscessos. As principais complicações são trombose do seio cavernoso, trombose da veia oftálmica superior, abscesso intracraniano, meningite e até cegueira.

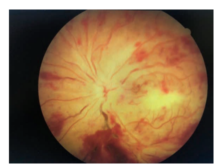
RELATO DO CASO

Paciente de 17 anos do sexo feminino compareceu ao PS do CEROF com queixa de obstrução e secreção nasal há 6 dias tendo evoluído para edema periorbitário e dor ocular a esquerda. Relatava internação em PS geral há 4 dias para tratamento com antibiótico endovenoso devido a diagnóstico por tomografia computadorizada (TC) de complicação orbital por pansinusite aguda. Ao exame apresentava extenso edema orbitário associado a sinais flogísticos e ponto de drenagem com saída de secreção purulenta com impossibilidade de abertura ocular. Foi realizada internação hospitalar no HC e iniciada antibioticoterapia de amplo espectro e exames laboratoriais e de imagem. A TC de crânio com ênfase em orbita acusou sinais de de celulite orbitária pré e pós septal secundária a sinusopatia aguda etmoidal complicada. Devido a grande coleção de pus foi realizada drenagem de abscesso subperiosteal e incisão na pálpebra para alivio da pressão intraorbitária. Após melhora do edema palpebral apresentava AV de MM e PIO de 16. Um dia após procedimento cirúrgico evoluiu para SPL com midríase fixa e sinais de oclusão de artéria e veia central da retina a fundoscopia.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS


Figura 1: admissão


Figura 2: TC de crânio


Figura 3: retinografia colorida

DISCUSSÃO:

Relatos de cegueira após quadro de celulite pós septal são raros, principalmente após a disponibilidade de antibióticos e se tratados em tempo hábil. Além disso, apesar de incomum, existem relatos da associação de oclusão arterial aguda com a celulite orbitária. Contudo, a oclusão simultânea de artéria e veia central da retina, como apresentado no caso, se torna uma entidade ainda mais rara e está associada a perda visual permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Koifman ACB, et al., Aspectos tomográficos da orbita aguda infecciosa: revisão de literatura. Rev. bras. Oftalmo. 2014 73 (2)
2- Keorochana N, Vongkulsiri S, Choontanom R. Combined central retinal vein, central retinal artery and cilioretinal artery occlusion with ischemic macular hole secondary to severe orbital cellulitis after black fly bite. Int Med Case Rep J. 2019 Apr 30;12:125-134.

DOENÇA DE ROSAI-DORFMAN ORBITÁRIA

Luana de Oliveira

Gherusa Moré

Fernanda Karine Walber

Leandro Marins

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br

28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP

SBCPO

Doença de Rosai-Dorfman orbitária

Luana de Oliveira, Gherusa Moré, Fernanda Karine Walber, Leandro Marins
Hospital Regional de São José e HU-UFSC

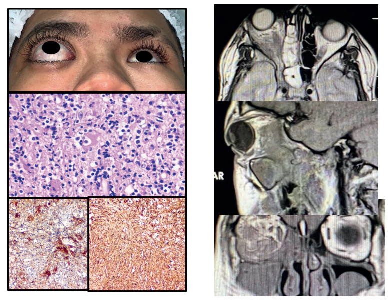
INTRODUÇÃO

A Doença de Rosai-Dorfman (DRD) é uma condição rara caracterizada por proliferação histiocitária de característica benigna e idiopática[1].
Geralmente apresenta linfonodomegalia cervical, podendo ter acometimento extranodal e sintomas sistêmicos. O envolvimento oftalmológico ocorre em até 11% dos casos, maioria unilateral[2].

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 15 anos, previamente hígido, com queixa de proptose ocular progressiva direita há 1 ano. Ao exame, acuidade visual de 20/25 e 20/20. Biomicroscopia sem alterações em ambos os olhos. Exame da motilidade ocular com limitação da adução e abdução em olho direito, sem diplopia e sem DPAR. Exoftalmometria 25mm a direita e 9 mm a esquerda. Discreto edema de disco óptico à direita.
A ressonância de órbita apresentou massa sólida na parede lateral e no assoalho da órbita direita, invadindo espaços intra e extracranianos adjacentes, com impregnação no trajeto de V2. Precedeu-se à biópsia. A Histopatologia revelou proliferação histiocitária difusa, com histiócitos em tamanho aumentado em Emperipolese. Positividade difusa para S100 e focal para CD68 nos histiócitos.
Devido quadro sugestivo de Doença de Rosai-Dorfman com piora da proptose e da acuidade visual associada a neuropatia óptica compressiva, foi realizada pulsoterapia com corticoide e quimioterapia com Vimblastina com melhora da proptose e do quadro de neuropatia.

ECTOSCOPIA E EXAME DE IMAGEM



Exoftalmia à direita. H&E 400x Histiócitos em Emperipolese, S100+ e CD68+. RM com massa orbitária e infiltração.

DISCUSSÃO

A DRD é considerada uma doença indolente e autolimitada [1], podendo ter períodos de exacerbação e de remissão. Quando ocorre envolvimento orbitário, raramente há comprometimento de estruturas intraoculares[3], e 17% destes pacientes não apresentam linfadenopatia[4], assim como no caso descrito. Em pacientes com comprometimento da função do órgão, a ressecção cirúrgica, corticóides sistêmicos, quimioterapia ou radioterapia devem ser consideradas[5].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Khan R, Moriarty P, Kennedy S. Rosai Dorfman disease or sinus histiocytosis with massive lymphadenopathy of the orbit. Br J Ophthalmol. 2003;87(8):1054.
2. Wu SY, Ma L, Tsai YJ. Partial removal of orbital tumor in Rosai-Dorfman disease. Jpn J Ophthalmol. 2004;48(2):154-7.
3. de Silva D, Joshi N. Rosai-Dorfman disease recurrence with bilateral orbital masses following immunosuppressant therapy. Orbit. 2005;24(1):51-3.
4. Monroe AK Burkholder BM Mordomo NJ Duffield AS. Esclerouveíte associada à doença de Rosai-Dorfman em paciente infectado pelo HIV. 5. *Ocul Immunol Inflamm*. 2014;22:236-238 5. Vemuganti GK, Sekhar G, CIndira K. Doença multifocal de Rosai-Dorfman de tecidos periorbitais abrangendo 15 anos-relato de caso. *Órbita*. 2001;20:297-300

FASCIÍTE NODULAR INTRAORBITÁRIA

Marcela Mara Silva Freitas

Adriana Geremias Toni

Ivana Lopes

Romero Kusabara

José Vital

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Fasciíte nodular intraorbitária

Marcela Mara Silva Freitas, Adriana Geremias Toni, Ivana Lopes Romero Kusabara, José Vital Filho.
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

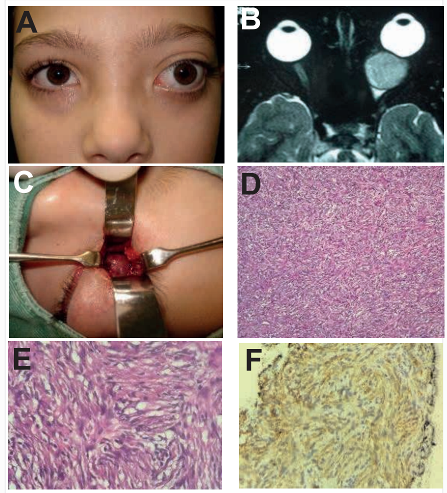
INTRODUÇÃO

A fasciíte nodular (FN) é uma proliferação benigna de fibroblastos e miofibroblastos, cuja origem ainda é desconhecida, embora trauma e gravidez sejam apontados como fatores causais. É mais comumente encontrada em tronco e extremidades superiores, sendo rara a apresentação periocular e intraorbitária, representando menos de 1% dos casos relatados. A maioria ocorre entre 20-40 anos, sendo 12-17% dos casos em população pediátrica. O objetivo deste trabalho é relatar um caso raro de FN intraorbitária em criança.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 10 anos, branca, estudante, com história de proptose rapidamente progressiva à esquerda iniciada há 3 meses. Pais negavam comorbidades, cirurgias ou traumas oculares prévios. Ao exame oftalmológico: acuidade visual corrigida de 20/20 OD e 20/30 OE; à ectoscopia observava-se proptose e distopia ínfero-lateral à esquerda, sem sinais inflamatórios (Fig. A); ao exame das pupilas apresentava defeito pupilar aferente relativo; biomicroscopia sem alterações em AO; mapeamento de retina sem alterações no OD e presença de dobras de coróide no OE.
Procedeu-se com investigação através de ressonância nuclear magnética de crânio e órbitas que mostrou massa com aspecto interno sólido, causando indentação do globo ocular (Fig. B). Foi indicado excisão cirúrgica da lesão por abordagem súpero nasal, observando-se massa de aspecto firme e avermelhada (Fig. C). A lesão foi enviada para estudo histopatológico (Fig. D e E), e imuno-histoquímico (Fig. F) que apresentaram características compatíveis com FN.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Fasciíte nodular. (A) Ectoscopia. (B) RNM (T2). (C) Aparência macroscópica da massa exposta no momento da cirurgia. (D e E) Histopatologoa demonstrando camadas de fibroblastos em proliferação e células inflamatórias crônicas (HE). (F) Imuno-histoquímica (reação positiva à actina de músculo liso e vimentina).

DISCUSSÃO:

A FN apresenta crescimento rápido e progressivo, podendo simular neoplasia maligna clínica e histologicamente. A imuno-histoquímica pode ser fundamental para diferenciação e diagnóstico definitivo, já que a FN cora para actina de músculo liso e vimentina. O tratamento é a excisão cirúrgica completa. O caso descrito aborda um quadro raro de FN intraorbitária e retrata a importância da suspeita clínica e diagnóstico diferencial com massas de tecidos moles de crescimento rápido na região periorbitária e orbital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Shields, J. A., Shields, C. L., Christian, C., & Eagle Jr, R. C. Orbital nodular fasciitis simulating a dermoid cyst in an 8-month-old child: case report and review of the literature. Ophthalmic Plastic & Reconstructive Surgery. 2001; 17(2),144-148.
2- Navarrete, A., Maya, A., Benshushan, S., Ofir, S., Deckel, Y., & Gur, Z. Orbital nodular fasciitis in the pediatric population: a case report and review of the literature. Orbit. 2021;1-6.

SÍNDROME DO SEIO SILENTE: RELATO DE CASO

Gabriel Lara Cassani

Júlia Costa Andrade

Andréia Novelli

Milena Vasconcelos

Síndrome do seio silente: Relato de caso

Gabriel Lara Cassani, Júlia Costa Andrade, Andréia Novelli, Milena Vasconcelos
Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - ISCMSP

INTRODUÇÃO

A Síndrome do seio silente é uma doença caracterizada por enoftalmia e hipoglobus secundário à sinusite maxilar crônica e colapso do assoalho orbitário (1). Seu quadro clínico é marcado por ausência de sintomas de rinossinusites, alterações das paredes do seio maxilar não traumáticas e enoftalmia unilateral.

RELATO DO CASO

DFS, 35, feminino, procurou serviço de Oftalmologia referindo assimetria facial e afundamento progressivo da órbita direita há 2 meses. Nega sintomas nasais ou trauma. De antecedentes, paciente com diagnóstico de hipotireoidismo, sinusite de repetição e rinoplastia há 6 anos.

Ao exame, acuidade visual com correção de 20/20 em ambo os olhos. A biomicroscopia, apresentava discreta enoftalmia de olho direito, sem alterações de musculatura ocular extrínseca (Figura1).

Exoftalmometria com aparelho de Hertel, com valores de 12 mm OD e 14 mm OE.

Na ressonância magnética de órbitas foi encontrada enoftalmia direita com leve tortuosidade de nervo óptico direito, além de discreta assimetria volumétrica das cavidades orbitárias, de maiores dimensões à direita, com leve rebaixamento de seu assoalho selar, por provável redução volumétrica do seio maxilar direito, sendo os achados compatíveis com Síndrome do seio silente (Figura 2).

Paciente encaminhada para equipe de Otorrinolaringologia para avaliação de aeração de seio maxilar direito e necessidade conduta cirúrgica.

FIGURAS


Figura 1


Figura 2

DISCUSSÃO:

A Síndrome do seio silente é marcada pela atelectasia maxilar unilateral, causada por sinusite crônica do seio em questão, sem etiologia traumática associada (2).

O óstio do seio maxilar obstruído causa uma hipoventilação e diminuição da pressão intrassinusal, resultando em absorção de ar e atelectasia das paredes, causando remodelamento ósseo e desloca inferiormente o assoalho orbitário (3,4).

O diagnóstico geralmente é feito pelo oftalmologista, sendo confirmado por exames de imagem que revelam opacificação do seio acometido associado a rebaixamento da órbita ipsilateral (1).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 -Borin A, et al. Síndrome do seio silencioso, uma entidade pouco conhecida: relato de dois casos clínicos e revisão de literatura. Caderno de debates da Revista Brasileira de Otorrinolaringologia 2005, vol. 71 26-31**.**

2 - Montgomery WW. Mucocele of the maxillary sinus causing enophthalmos. Eye Ear Nose Throat Monthly 1964;43 (May):41-4.

3 - Soparkar CNS, et al. The silent sinus syndrome: a cause of spontaneous enophthalmos. Ophthalmology 1994;101(4): 772-8.

4 - Hourany R, et al. Silent Sinus. Syndrome: An Acquired Condition

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE LINFANGIOMA E HEMANGIOMA CAPILAR ORBITÁRIOS: RELATO DE CASO

Ana Áurea V. B. P. Hilarião

Kenzo S. Tomishige

Aline P. de Miranda

José Vital Filho

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Diagnóstico diferencial entre linfangioma e hemangioma capilar orbitários: relato de caso

Ana Áurea V. B. P. Hilarião; Kenzo S. Tomishige; Aline P. de Miranda; José Vital Filho
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (ISCMSP)

INTRODUÇÃO

O linfangioma orbitário é uma lesão veno-linfática rara[1], podendo corresponder a 4% das lesões orbitárias. Classicamente, essas lesões não são reconhecidas clinicamente até que ocorra uma hemorragia intralesional, resultando em uma proptose aguda axial ou não axial[2].

Já o hemangioma capilar orbitário é o tumor orbitário mais frequente na infância, com uma incidência entre 10-20%[3,4]. É um tumor de origem benigna, formado por células endoteliais hiperplásicas[4]. O diagnóstico é predominantemente clínico, podendo apresentar-se desde uma formação avermelhada na pálpebra, até proptose, a depender da sua localização[4].

Os exames de imagem, como tomografia computadorizada e ressonância magnética são métodos complementares importantes em ambas as lesões, auxiliando no diagnóstico diferencial[2,4].

Para as duas afecções, existem opções de tratamento clínico, sendo a abordagem cirúrgica reservada para casos refratários, ou que apresentem complicações oftalmológicas, como risco de ambliopia, deformidade facial inestética, dor, restrição da motilidade ocular e compressão do nervo óptico[4, 5].

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 11 anos, natural e procedente de MG, fora encaminhada ao serviço de órbita da ISCMSP para avaliação de quadro de edema palpebral e ptose à esquerda desde a infância. Referia pré-natal e gestação sem intercorrências, e não apresentava outras comorbidades. Como antecedentes, paciente já havia sido submetida a diversas sessões de embolização com polidocanol e estava em uso de propranolol e corticoide em esquema de regressão, sem melhora da lesão.

Ao exame, acuidade visual sem correção de 20/25 no OD e 20/400 no OE. À ectoscopia, apresentava edema palpebral indolor sem hiperemia (fig. 1), cobrindo todo o eixo visual e apresentando transluminação positiva (fig. 2). Apresentava também lesão de coloração arroxeada no palato duro (fig. 3). Tanto a biomicroscopia quanto a fundoscopia dentro dos padrões da normalidade.

Devido ao possível quadro de ambliopia já instaurada, e dano estético, optou-se pela abordagem cirúrgica e exploração de lesão palpebral.

No intra-operatório, observou-se massa tumoral sem contornos nítidos e invasão difusas dos tecidos adjacentes (fig. 4), sendo realizada exérese da lesão para avaliação anátomo-patológica (fig. 5).

A biópsia foi compatível com linfangioma. A paciente segue em acompanhamento pós-operatório em bom estado geral e melhora progressiva do aspecto estético.

FIGURAS

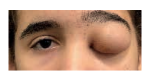

Figura 1: Ectoscopia pré-operatória da paciente


Figura 2: Transiluminação positiva

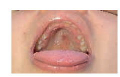

Figura 3: Lesão no palato duro


Figura 4: Aspecto no intra-operatório


Figura 5: Peça encaminhada ao anátomo-patológico


Figura 6: Aspecto do primeiro pós-operatório

DISCUSSÃO:

Apesar de benignas, tanto o linfangioma quanto o hemangioma apresentam dificuldades durante a sua excisão, já que não são encapsuladas, tornando laboriosa sua remoção completa, e consequentemente, aumentando o risco de recidiva[3, 4].

O conhecimento do diagnóstico correto, das múltiplas abordagens terapêuticas e a escolha individualizada do tratamento são essenciais para definir o melhor tratamento e preservar a visão da criança e prezar que não haja danos psicossociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Chung EM, Smirniotopoulos JG, Spech Charles S, Schoerder JW, Cube R. Pediatric orbit tumors and tumorlike lesions: nonosseus lesions and the extraocular orbit. Radiographics. 2007; 27: 1777-1799
2. Saha K, Leatherbanow B. Orbital Lymphangioma: a review of management strategies. Curr Opin Ophthalmol. 2012; 23: 433-438
3. Lopes N, Castela G. As abordagens terapêuticas do Hemangioma capilar palpebral e orbitário. Oftalmologia; 34: 479-485
4. Pereira P, Lima L. Hemangiomas periorbitários: necessidade de conduta ativa – Relato de dois casos. An Bras Dermatol. 2011; 86(3): 545-548
5. Mira F, Paiva C. Linfangioma orbitário: revisão teórica e caso clínico. Revista da Sociedade Portuguesa de Oftalmologia. 2013; 37(2): 139-143

DOENÇA INFLAMATÓRIA ORBITÁRIA RELACIONADA A IGG4: UM RELATO DE CASO

Carla de Souza Moreira

Ana Rosa Pimentel de Figueiredo

Aline Ferreira Zwetkoff

Lara Lopes de Almeida

Doença inflamatória orbitária relacionada a IgG4: Um relato de caso

Carla de Souza Moreira[1]; Ana Rosa Pimentel de Figueiredo[2]; Aline Ferreira Zwetkoff[3]; Lara Lopes de Almeida[1]
Hospital São Geraldo - HC/UFMG
[1]Fellowship em Plástica Ocular, Órbita e Vias Lacrimais do Hospital São Geraldo - HC/UFMG [2]Chefe do Setor de Plástica Ocular, Órbita e Vias Lacrimais do Hospital São Geraldo - HC/UFMG
[3]Médica Oftalmologista do Hospital São Geraldo-HC/UFMG

INTRODUÇÃO:

A doença relacionada à IgG4 é uma doença sistêmica, de etiologia desconhecida, caracterizada por infiltração tecidual por células plasmáticas IgG4-positivas, hipertrofia dos órgãos afetados e níveis séricos elevados de IgG4. Pode acometer o olho e a órbita, sendo a glândula lacrimal a região mais comumente afetada. A doença geralmente é lentamente progressiva e a base da terapia inclui o uso de corticosteróides e/ou imunossupressores.

O objetivo deste relato de caso é descrever os achados clínicos, laboratoriais e de imagem de um paciente com doença inflamatória orbitária relacionada a igG4.

RELATO DO CASO:

EL, 57 anos, sexo masculino, relatava quadro indolor de proptose, aumento de volume em pálpebras inferiores e hiperemia ocular bilaterais, pior à direita, de início há 9 anos. Ao exame apresentava acuidade visual com correção de 20/30 em OD e 20/50 em OE, proptose axial e redutibilidade reduzida bilateral, pior em OE, além de bolsas de gordura proeminentes em PPSS e PPII. À biomicroscopia apresentava edema de carúncula e hiperemia conjuntival AO e à fundoscopia notava-se leve palidez temporal do disco óptico em OE. A motilidade extraocular era normal e o cover test em posição primária do olhar era orto/orto'.

Apresentava função tireoideana normal, TRAB e Anti-TPO negativos e níveis séricos elevados de IgG total e igG4.

O campo visual manual (fig.2) demonstrava constrição bilateral, pior em OE, com escotoma relativo cecocentral de OD e central em OE.

A RM de órbitas (fig.3) era caracterizada por lesões expansivas envolvendo ambas as órbitas, comprometendo a musculatura extrínseca e as glândulas lacrimais, obliterando a gordura intraconal e envolvendo os nervos ópticos, além de espessamento importante de nervos infraorbitários.

O paciente foi submetido a cirurgia de descompressão orbitária com biópsia AO.

A histopatologia e imunohistoquímica confirmaram doença relacionada a IgG4. O paciente segue em acompanhamento conjunto com Reumatologia e Estrabismo. Em bom controle com uso de corticoide.

FIGURAS:

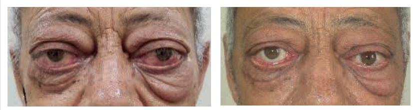


Figura 1) Imagem do paciente pré e pós tratamento cirúrgico

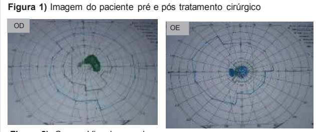


Figura 2): Campo Visual manual



Figura 3): RM de órbitas

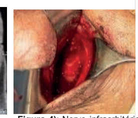


Figura 4): Nervo infraorbitário direito espessado visto no intraoperatório

DISCUSSÃO:

A doença relacionada a IgG4 é um importante diagnóstico diferencial para as doenças de envolvimento ocular e/ou orbitário. A maior parte dos pacientes são homens de meia idade e idosos, como foi o caso descrito.

Um vez feito o diagnóstico de doença oftalmológica relacionada a IgG4 o paciente deve passar por uma investigação sistêmica completa, já que vários outros órgãos poderão estar acometidos. O diagnóstico e tratamento precoces são essenciais na prevenção e controle das disfunções orgânicas geradas pelo processo inflamatório e fibrose progressiva nos tecidos acometidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Vasconcelos,GCM, Guimarães,BDA, Ribeiro,MASS, Vaz,RT, Silva, JJX. Apresentação periorbitária de doença relacionada ao IgG4. Rev Bras Oftalmol. 2018; 77 (5): 286-8.

Goto,H, Takahira,M, Azumi,A. Diagnostic criteria for IgG4-related ophthalmic disease. Jpn J Ophthalmol (2015) 59:1-7.

Thyparampil,P, Lee,V. IgG4-related Orbital Inflammation. Academia Americana de Oftalmologia. 2022.

West,SG, Kolfenback,J. Rheumatology secrets. 4. ed. Elsevier, 2019. Chapter 80, Odds and Ends; p.633-643.

LINFOMA DE HODGKIN COM APRESENTAÇÃO PRIMÁRIA ORBITÁRIA

Gherusa Helena Milbratz Moré

Débora Muriel Müller

Luana de Oliveira

Lee I Ching

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Linfoma de Hodgkin com apresentação primária orbitária

Gherusa Helena Milbratz Moré[1,2], Débora Muriel Müller[1], Luana de Oliveira[1], Lee I Ching[2]
Hospital Regional de São José Homero de Miranda Gomes[1]. Hospital Universitário UFSC[2]

INTRODUÇÃO

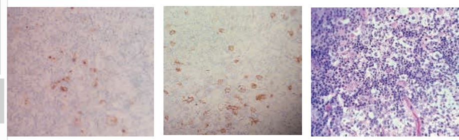
Os linfomas são as neoplasias malignas orbitárias mais comuns em adultos. Cerca de 85 a 90% dos linfomas orbitais são proliferações difusas de baixo grau de células B. Os restantes 10 a 15% têm características foliculares ou nodulares. A manifestação primária do Linfoma Hodgkin da órbita é extremamente rara.

RELATO DO CASO

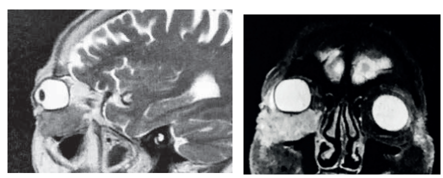
Feminina, 79 anos, há 7 meses iniciou com desconforto ocular à direta, associado a diminuição da acuidade visual e proptose. Ao exame apresentava acuidade visual do olho direito de 20/400 e a esquerda 20/140. Proptose axial e distopia para cima do globo ocular direito com exoftalmometria de 19mm e 11 mm. Apresentava massa visível e palpável inferior ao globo ocular direito. Ressonância magnética de órbitas revelou lesão expansiva inferior na orbita direita com sinal intermediário em T1, T2 e difusão medindo 4x4x2cm indefinindo o músculo reto inferior, estendendo-se até o ápice orbitário com realce pelo meio de contraste endovenoso. Exames sistêmicos não demonstraram acometimento de outros tecidos. Paciente foi submetida a cirurgia para biopsia da lesão. A Histopatologia revelou neoplasia composta por linfócitos grandes, de núcleos amplos com nucléolo eosinofílico evidente - Células de Hodgkin/Reed Sternberg. Estas células estão acompanhados por linfócitos, histiócitos, plasmócitos de fundo e raros eosinófilos. Positividade para CD 30 e CD 15. O conjunto forma arranjo nodular circundado por septos fibrosos. Quadro compatível com linfoma de Hodgkin variante esclerose nodular.
A paciente foi encaminhada ao serviço de onco-hematologia para investigação sistêmica e tratamento.



Massa orbitária provocando exoftalmia e distopia do globo ocular.



Células de Hodkin CD 15+, Células de Hodkin CD30+, Células de Hodgkin e células lacunares em meio a fundo inflamatório reacional H&E200x.



RM com lesão expansiva na porção inferior da órbita direita.

DISCUSSÃO:

O acometimento orbitário por Linfoma Hodgkin é raro, sendo ainda mais raro como apresentação inicial da doença. O diagnóstico histopatológico clássico, com presença de células de Hodgkin (Reed-Sternberg) e positividade para CD15 e CD30, forma a base sólida para o diagnóstico deste caso. O subtipo esclerose nodular é o segundo mais frequente e a idade da paciente condiz com a segunda curva da distribuição bimodal etária da doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1- Rey-Porca C, Pérez-Encinas M, Gonzalez F. Orbital lymphomas: presentation of nine cases. Arch Soc Esp Oftalmol, 2008 Feb; 83 (2): 95-103.
2-Priego G, Majos C, Climent F, Muntane A. Orbital lymphoma: imagin features and diferencial diagnosis.Insights Imaging, 2012 Aug; 3(4): 337-44.
3- Zeynel A. Orbital Tumors, Diagnosis and Treatment. Springer, 2005.

TRAUMA ORBITÁRIO COM ÓLEO EM ALTA PRESSÃO RELATO DE CASO

Amanda Alexia Matheus Pires de Almeida

Mariana Cózimo Nunes

Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneguim

Silvana Artioli Schellini

Trauma orbitário com óleo em alta pressão
Relato de caso

Amanda Alexia Matheus Pires de Almeida, Mariana Cózimo Nunes, Roberta Lilian Fernandes de Sousa Meneguim, Silvana Artioli Schellini
Faculdade de Medicina – Universidade Estadual Paulista – UNESP, Botucatu

INTRODUÇÃO

O efeito provocado pela infiltração de óleo na pálpebra superior pode causar ptose mecânica pelo peso e pelo enfraquecimento da aponeurose do músculo elevador da pálpebra superior (MLPS) em decorrência de edema inflamatório. A remoção do óleo e a reparação da aponeurose podem melhorar significativamente os sintomas[1]. Relatamos um caso de infiltração tecidual acidental de óleo sintético na periórbita esquerda.

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 38 anos, sofreu trauma na região periorbital esquerda por explosão de máquina pressurizada, com penetração de óleo sintético nos tecidos palpebrais (Fig. 1A). Ao exame, a acuidade visual estava preservada, edema bipalpebral intenso provocando ptose mecânica e micro-vesículas conjuntivais e em toda a pele da região periocular afetada. Pressão intraocular (PIO) e fundoscopia normais. Foi tratado clinicamente e, após dois meses, encontrava-se com área periorbital endurada, ptose mecânica grave com distância reflexo-margem negativa e função do musculo levantador ausente. Foi realizada cirurgia para reinserção da aponeurose do MLPS e retirada do óleo das pálpebras superior e inferior, seguida de aplicação de corticóide intralesional em áreas enduradas. O exame histopatológico revelou processo xantogranulomatoso do tipo corpo estranho (Fig. 2A, 2B). Outras duas cirurgias foram necessárias para retirada de granulomas de óleo das pálpebras após 15 e 19 meses do trauma (Fig. 1-B,1-C). No momento, aguarda regressão do edema para nova abordagem cirúrgica (Fig. 1-D).



Figura 1– Sequência de imagens: pré operatório (A), após 15 meses (B), 19 meses (C) e 23 meses do trauma.

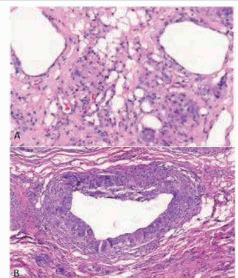


Figura 2- Analise microscópica sob Coloração por Hematoxilina Eosina, x100. A: notam-se diversos espaços císticos associados à reação inflamatória xantogranulomatosa do tipo corpo estranho que é composta por células gigantes (macrófagos), multinucleadas com citoplasma amplo, homogêneo e eosinofílico que envolvem o material fagocitado. B: imagem ampliada de um espaço cístico.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Relatamos um caso de trauma decorrente de penetração de óleo na região periocular sob alta pressão, condição de difícil tratamento, podendo ocorrer complicações locais pela infiltração de óleo na pele, alterações na coloração e consistência, até intenso processo inflamatório, ulcerações, necrose associada a infecções secundárias, retrações e deformidades cicatriciais[2]. O acúmulo da substância estranha pode provocar reação granulomatosa e afetar a mobilidade das pálpebras[3], como ocorreu no presente caso. Reconhecer as estruturas palpebrais durante a remoção do óleo é importante, pelo risco de iatrogenias. Vários procedimentos podem ser necessários para se ter um desfecho favorável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lemaitre S, et al. Orbital Leakage of Intraocular Silicone Oil: Case Reports and Literature Review. Ophthalmic Plast Reconstr Surg 2020; 36: 75-78
2. Winer Lh et al. Tissue reactions to injected silicone liquids. A report of three cases. Arch Dermatol 1964;90:558-93.
3. Alrashed SH et al. Granulomatous reaction to migrating silicone oil clinically mimicking a xanthelasma: A case report. International Journal of Surgery Case Reports 2020; 70:182-184

BIÓPSIA DE GLÂNDULA LACRIMAL E O DIAGNÓSTICO DE LINFOMA: UM RELATO DE CASO

Fernanda Cotrim Stefanelli

Karlla Cardinali Antunes Lauriano

Henrique Valladão Pires Gama

Rodrigo Otávio do Espírito Santo



Biópsia de glândula lacrimal e o diagnóstico de Linfoma: um relato de caso

Fernanda Cotrim Stefanelli, Karlla Cardinali Antunes Lauriano, Henrique Valladão Pires Gama, Rodrigo Otávio do Espírito Santo
Hospital Evangélico (HE) de Belo Horizonte

INTRODUÇÃO

O linfoma da glândula lacrimal se apresenta como uma massa indolor de crescimento lento em topografia de fossa lacrimal, causando uma distopia nasal inferior.[1] A incidência é bimodal, com picos na 3ª e 6ª décadas, podendo se apresentar uni ou bilateralmente. O linfoma de acometimento orbitário pode abrir o quadro da doença sistêmica e a tomografia computadorizada (TC) pode revelar uma consistência homogênea com bordas indistintas, caracterizando a natureza infiltrativa da lesão.[2]

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 39 anos, atendida em abril de 2021 na Urgência do HE, com história de tumoração em topografia de glândula lacrimal a direita, de crescimento progressivo e doloroso há 3 meses. Buscou atendimento pela primeira vez em novembro de 2020 no interior da Bahia, onde foi prescrito corticoterapia isolada por 1 mês, sem melhora. A TC de órbitas de dezembro de 2020 evidenciou formação expansiva com densidade de partes moles e realce homogêneo do contraste, extraconal, em quadrante súperolateral direito, deslocado medialmente, medindo cerca de 3,1 x 2,5 x 1,1 cm^3, originário de glândula lacrimal, indissociável de músculo reto lateral. RM de abril de 2021 evidenciou formação expansiva sólida hipervascular, medindo cerca de 4,1 x 2,7 x 1,8 cm^3, em mesma topografia, com consequente efeito expansivo e sinais de remodelamento ósseo circunjacente. Ao exame, paciente com distopia nasal inferior a direita, discreta proptose, AV CC 20/40. Suspeitado de lesão linfoproliferativa, a biópsia da glândula evidenciou linfoma de baixo grau. Imunohistoquímica revelou marcação positiva para CD20, BCL2, CD43, MUM1, Ki67, CD45, PAX5 e negativa para CD3, CD10, CD138, CD15, EBV, sendo compatível com Linfoma da Zona Marginal extranodal tipo MALT. Paciente encaminhada para tratamento e acompanhamento na Oncologia, onde realizou biópsia de medula óssea com infiltração de neoplasia linfoide imunofenótipo B (60% dos elementos nucleados), IH PAX5 (24) positivo em linfócitos atípicos pequenos. Iniciou quimioterapia e imunoterapia, esquema RCVP.

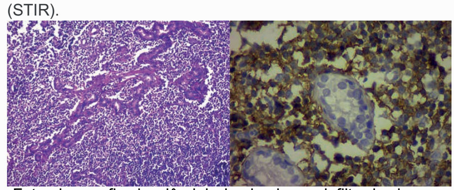
FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS





Paciente com distopia nasal inferior a direita com alteração do contorno palpebral em S, imediatamente antes da biópsia de glândula lacrimal.

RM demonstrando lesão hiperintensa em topografia de glândula lacrimal direita na sequência sensível a líquido (STIR).



Fotomicrografia de glândula lacrimal com infiltrado denso e atípico de linfócitos de tamanho pequeno/intermediário, com distribuição difusa permeando ductos da glândula (HE 100x); imunomarcação membranosa difusa de CD20 nos linfócitos neoplásicos, com focos de agressão linfoepitelial.

DISCUSSÃO:

Estima-se que 50% das lesões de glândula lacrimal sejam de cunho inflamatório e outros 50% de origem neoplásica.[1,3] O aumento da glândula sem dor ou sinais de inflamação é característico de neoplasia. Suspeita-se de lesão da fossa lacrimal quando há plenitude da porção lateral da pálpebra superior, assimetria do sulco superior e alteração do contorno palpebral, caracteristicamente em forma de S.[2] A prova terapêutica com corticoterapia eventualmente é utilizada para diferenciar de um processo inflamatório, causando melhora dos sintomas. No entanto, essa terapia não deve atrasar o diagnóstico de uma lesão tumoral. A TC é exame padrão e auxilia a definir a densidade, homogeneidade e extensão da lesão, permitindo uma maior suspeita de neoplasia, e respaldando o médico para realizar uma biópsia de glândula para definição diagnóstica e início mais precoce do tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Knowles DM, Jakobiec FA, McNally L, et al: Lymphoid hyperplasia and malignant lymphoma occurring in the ocular adnexa (orbit, conjunctiva, and eyelidsd.. Hum Pathol 1990; 21:959.2.Woog JJ, et al. Natural killer/T-cell lymphoma with ocular and adnexal involvement. Ophthalmology 2006; 113:140-147.3. Fung CY, Tarbell NJ, Lucarelli MJ, et al: Ocular adnexal lymphoma: clinical behavior of distinct World Health Organization classification subtypes. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003.

SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO SECUNDÁRIA À SINUSITE COMPLICADA POR *LOPHOMONAS*: UM RELATO DE CASO

Telma Samila Cavalcanti

Thalles Wilson Domingos

Letícia Amorim de Lucena

Carla Raquel Parizotto

CIOP/CIEPO
29° Congresso Internacional de Oculoplástica
8° Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

SÍNDROME DO ÁPICE ORBITÁRIO SECUNDÁRIA À SINUSITE COMPLICADA POR *LOPHOMONAS*: UM RELATO DE CASO

Telma Samila Cavalcanti, MD[1], Thalles Wilson Domingos, MD[1], Letícia Amorim de Lucena, MD[1], Carla Raquel Parizotto, MD[1]

[1]Fundação Altino Ventura (FAV), Recife, Pernambuco, Brasil

E-mail: t_samila@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A sinusite, em raras ocasiões, pode evoluir para quadros mais graves com comprometimento das estruturas oculares.[1] Neste relato, reportamos um caso de síndrome do ápice orbitário secundária à sinusite causada por *L. blattarum,* protozoário comensal encontrado no intestino de ácaros e baratas, uma condição raramente reportada na literatura.[2]

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 31 anos, com quadro de cefaleia frontal associada a rinorreia purulenta e tosse há 10 dias, evoluindo com celulite na região orbitária esquerda há 2 dias da admissão hospitalar. Tomografia computadorizada (TC) com contraste evidenciou sinusopatia inflamatória complicada com abscesso subperiosteal, trombose de seio cavernoso e de seios venosos durais, trombose da veia jugular interna, além de comprometimento pulmonar bilateral e multifocal (Figura 1). Na admissão no serviço, apresentava AV de 20/30 em olho direito (OD) e OE sem percepção luminosa. Biomicroscopia de OD sem alterações e OE com ptose palpebral, conjuntiva hiperemiada, hemorragia subconjuntival inferior, córnea transparente, câmara anterior ampla, cristalino translúcido. Fundoscopia OD sem alterações, em OE disco óptico hipocorado 1+, bordos bem definidos, escavação papilar 0,3, ingurgitamento vascular inferior ao disco, aumento de tortuosidade vascular, mácula sem alterações. Exame da motilidade ocular de OE: reto superior -4, reto inferior -1, reto lateral -2, reto medial -3. Reflexo fotomotor OD: 4+ e OE: 0+. Defeito pupilar aferente relativo em OE. Na ocasião, a paciente não apresentava prognóstico de melhora da AV em OE e foi liberada da oftalmologia para segmento com otorrinolaringologia. Realizou-se cirurgia endoscópica nasossinusal com descompressão orbitária à esquerda, antibioticoterapia empírica e anticoagulação. Análise microscópica do tecido orbitário evidenciou infecção por *L. blattarum*, sendo realizado tratamento com derivado imidazólico, com resolução do quadro clínico e radiológico.

FIGURAS

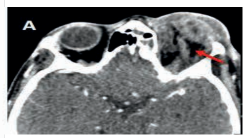


Figura 1

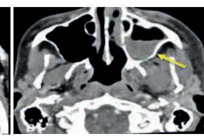


Figura 2

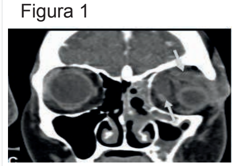


Figura 3

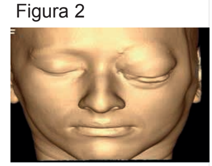


Figura 4

1: Tomografia computadorizada da veia oftálica superior esquerda (seta vermelha). Figura 2: Material hipoatenuante preenchendo seio esfenoidal esquerdo. Figura 3: Celulite pré e pós septal esquerda com abscesso subperiosteal orbitário Figura 4: Reconstrução em 3D

DISCUSSÃO:

Relatos reportando *L. blattarum* como agente causador rinossinusite com consequente síndrome do ápice orbitário são raros na literatura.[2] O quadro clínico[3] consiste em imobilidade da órbita, pupilas midriáticas e não reagentes à luz, ptose, hipoestesia de pálpebras, córnea e conjuntiva, amaurose, oftalmoplegia, dor ocular intensa e distúrbios sensitivos no território do nervo oftálmico, o qual ocorreu com a paciente. A TC com contraste é o exame radiológico primário usado para o diagnóstico precoce, com achados radiológicos diretos.[3] O tratamento é preconizado para a rinossinusite deve ser realizado com derivados imidazólicos, sendo mais comumente utilizado Metronidazol.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Butugan O et al. Classificação das complicações orbitais das rinossinusites. Rev Bras Otorrinolaringol, 67 (4): 551-555, 2001
2. Holt GR et al. Infectious diseases of the sphenoid sinus. Laryngoscope, 94:330-5,1984.
3. Lee NG, Pittner A. Orbital Apex Syndrome. AAO, Feb., 2022.

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO: RELATO DE UM CASO ATÍPICO

Ana Emília G. Campelo

Beatrice S. Bartasevicius

Ivana Lopes Romero Kusabara

José Vital Filho

TUMOR FIBROSO SOLITÁRIO: RELATO DE UM CASO ATÍPICO

Ana Emília G. Campelo; Beatrice S. Bartasevicius; Ivana Lopes Romero Kusabara ; José Vital Filho
Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

É um tumor de origem mesenquimatosa, com células fusiformes fibroblásticas, mais encontrado em adultos de meia idade com distribuição parecida entre os gêneros. Descrevemos abaixo um caso de tumor fibroso solitário (TFS) acompanhado no setor de órbita da Santa Casa de São Paulo.

RELATO DO CASO

MJCF, 43 anos, sexo feminino, parda, deu entrada no Pronto Socorro Oftalmológico da Santa Casa de São Paulo, devido quadro de dor e tumoração em órbita direita, com piora progressiva há 1 semana e saída de secreção sanguinolenta. Ao exame apresentava acuidade visual de conta dedos no olho direito e 20/20 no olho esquerdo, reflexos pupilares diminuídos a direita, proptose, quemose, hiperemia ocular, ausência de salmon patch e a palpação massa inferotemporal endurecida. Foi realizada tarsorrafia temporária, prescrito prednisona 60mg em desmame e solicitada tomografia de crânio e órbitas, a qual mostrou lesão retrocular circunscrita, homogênea com indentação do globo ocular.

Paciente foi submetida a orbitotomia lateral com exérese completa do tumor, encaminhamento do mesmo para avaliação anatomopatológica e exame histológico que apontou células fusiformes marcadas na imuno-histoquímica pelo antígeno CD34, compatível com tumor fibroso solitário.

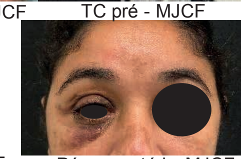
Na evolução observou-se melhora dos sintomas e acuidade visual após o procedimento. O acompanhamento ambulatorial será mantido para avaliação de recidivas.

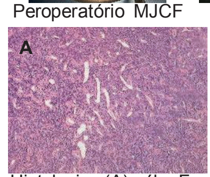
FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

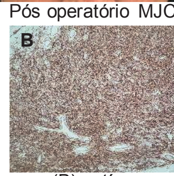

Pré operatório - MJCF


TC pré - MJCF


Peroperatório MJCF


Pós operatório MJCF





Histologia: (A) céls. Fusiformes (B) antíngenos CD34
Fotos gentilmente cedidas pelo patologista Leonardo Sementili

DISCUSSÃO:

O TFS se apresenta como proptose indolor que geralmente não indenta o bulbo ocular ou comprime o nervo. Pode haver massa palpável, edema palpebral e diplopia. Na tomografia, as lesões são bem circunscritas e homogêneas, em sua maioria extracônicas. Histologicamente observa-se arranjos sem padrão, células fusiformes dispostas em fundo de colágeno e marcadas pelo CD34 na imuno-histoquímica. O tratamento de eleição é a excisão completa da lesão para evitar recorrência, a incisão incompleta é aceita apenas em casos onde a localização do TFS é próxima ao ápice orbital.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

KUSABARA, Ivana Lopes Romero et al. Tumores fibrosos, fibro-ósseos, cartilaginosos e ósseos. In: CORREA, Zelia M.; MARBACK, Eduardo F. (comp.). Oculoplástica e Oncologia Ocular: oncologia ocular. São Paulo: Conexão, 2021. Cap. 18. p. 195-201

RELATO DE CASO: EVOLUÇÃO DE 5 ANOS DA SÍNDROME PHACE

Konno, Fernanda Y.

Tsai, Vivian L.

Miranda, Aline P.

Romero-Kusabra, Ivana

CIOP/CIEPO
29° Congresso Internacional de Oculoplástica
8° Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Relato de caso: Evolução de 5 anos da Síndrome PHACE.

Konno, Fernanda Y., Tsai, Vivian L., Miranda, Aline P., Romero-Kusabra, Ivana. Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

A primeira descrição da síndrome PHACE foi relatada em 1978 por Pascual - Castroviejo, que encontrou alterações vasculares e não vasculares cerebrais associadas a hemangiomas externos, caracterizado por malformações da fossa **P**osterior cerebral, **H**emangioma grande na face, anomalias **A**rteriais, anomalias **C**ardíacas e anormalidades oculares (“**E**yes”).

RELATO DO CASO

Criança do sexo feminino com 1 mês de vida, procura o serviço de Oftalmologia da Santa Casa de São Paulo em 2017 devido ao aparecimento de mancha violácea e edema na região orbitária esquerda com 15 dias de vida. Ao exame oftalmológico, o olho direito não apresentava alteração e o olho esquerdo, hemangioma na região palpebral superior, causando uma ptose discreta (Foto 1). Biomicroscopia e fundoscopia sem alterações.

No exame de angiorressonância magnética e ressonância Magnética de 2017 (Foto 2) foram encontrados os seguintes achados: acentuado afilamento de artéria carótida interna direita por toda a sua extensão, bem como da artéria cerebral média ipsilateral; acentuada tortuosidade da artéria carótida interna esquerda nos seus segmentos cavernoso e oftálmico. Esses achados em conjunto foram compatíveis com a síndrome “PHACES. Diante dessa hipótese, foi iniciado tratamento com propanolol 0,3 mg/kg/dia em duas tomadas por dia, após decisão em conjunto com a dermatologia, cardiopediatria, neuropediatria e oftalmologia. Em consulta atual com oftalmologia, com 5 anos de idade, apresenta redução importante do hemangioma com acuidade visual de 20/20 em ambos os olhos. Mantem hemangioma na região occipital direita e retroauricular esquerda, Nesse período de acompanhamento não realizou nenhuma intervenção cirúrgica com demais especialidades.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Foto 1: Evolução da lesão violácea à esquerda: 1 mês de vida, 3 meses e 5 anos de idade.

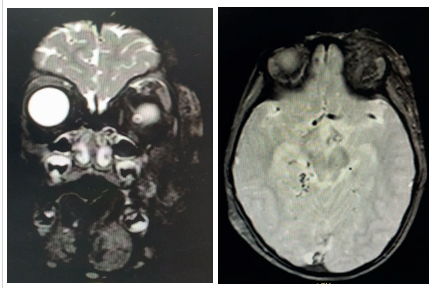


Foto 2:RNM, mostrando lesão na região orbitária e temporal do lado esquerdo, antes do tratamento.

DISCUSSÃO:

A Síndrome PHACE é uma doença rara, com incidência de 2 - 3% dos casos de hemangioma infantil, predominando no sexo feminino. Pode estar associada a complicações graves e, por isso, é recomendado acompanhamento multidisciplinar. O hemangioma infantil em geral tem evolução favorável e em sua maioria, a conduta conservadora, é possível. Em casos complexos, com na Síndrome PHACE, há indicação de tratamento medicamentoso, como os betabloqueadores, com boa resposta clínica, como relatado nesse caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1-Pascual-Castroviejo I. Vascular and nonvascular intracranial malformation associated with external capillary hemangiomas. Neuroradiology. 1978;16:82-4.
2-Frieden IJ, Reese V, Cohen D. PHACE syndrome. The association of posterior fossa brain malformations, hemangiomas, arterial anomalies, coarctation of the aorta and cardiac defects, and eye abnormalities. Arch Dermatol. 1996;132:307-11.
3-Metry DW, Dowd CF, Barkovich AJ, Frieden IJ. The many faces of PHACE syndrome. J Pediatr. 2001;139:117-23.
4-Drolet, B. A., Frommelt, P. C., Chamlin, S. L., Haggstrom, A., Bauman, N. M., Chiu, Y. E., & MacLellan-Tobert, S. (2013). Initiation and use of propranolol for infantile hemangioma: report of a consensus conference. Pediatrics, 131(1), 128-140.

MÁ-FORMAÇÃO VENOSA CAVERNOSA ORBITÁRIA EM TOPOGRAFIA INCOMUM: RELATO DE CASO

Raquel Holanda de Paula Pessoa

Diego Morais Gomes

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

Má-formação venosa cavernosa orbitária em topografia incomum: relato de caso

Raquel Holanda de Paula Pessoa[1] ; Diego Morais Gomes[2]

1: Médica fellowship em Plastica Ocular, Órbita e Vias Lacrimais - Escola Cearense de Oftalmologia (ECO)

2: Preceptor – Plástica Ocular, Órbita e Vias Lacrimais – Escola Cearense de Oftalmologia (ECO)

INTRODUÇÃO

O hemangioma cavernoso é um tumor vascular benigno, adquirido, que ocorre principalmente em adultos e que apresenta um padrão de crescimento lento. Ele é frequentemente citado como tumor orbitário primário mais comum. Histologicamente, é composto por grandes canais vasculares dilatados revestidos por celulas endoteliais.

RELATO DO CASO

Paciente J.G.O.Q., sexo masculino, 1 ano e 5 meses, foi consultado em serviço oftalmológico em janeiro/2022.

Paciente iniciou quadro de edema progressivo em canto medial da palpebral inferior esquerda em novembro de 2021, com piora importante após quadro de IVAS. Não observou-se obstrução do eixo visual, nem edema compressivo do globo ocular.

RM de órbitas (06/12/21): lesão extraconal em canto medial inferior esquerdo, medindo cerca de 2,2 x 2,1 x 2,0 cm, com nível líquido, sem sinais de invasão de estruturas adjacentes, sugerindo malformação venolinfática. (figuras 1,2).

Foi realizada ressecção do tumor por meio de incisão infraciliar em pálpebra inferior esquerda, dissecção por planos e identificação de lesão subjacente ao m. oblíquo inferior e adjacente ao saco lacrimal, sem invasão do mesmo, apresentando irrigação positiva ao final da exérese total da lesão (figuras 3,4).

Anatomopatológico evidenciou tratar-se de hemangioma cavernoso. A amostra exibiu proliferação de canais vasculares ectásicos e congestos, com paredes finas e ausência de critérios de malignidade.

Paciente evoluiu sem queixas.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

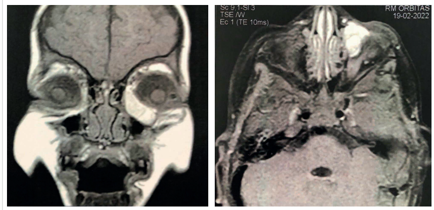


Figura 1, 2: RM (T1): Cortes coronal e axial, respectivamente, evidenciando presença de lesão extraconal inferomedial sugerindo má-formação arteriovenosa.

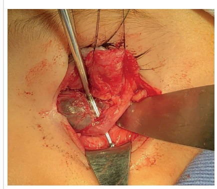


Figura 3: Lesão encapsulada subjacente ao m. oblíquo inferior esquerdo, com plano de clivagem com saco lacrimal.



Figura 4: Retirada completa de lesão encapsulada, com isolamento do pedículo vascular e visualização de remodelamento ósseo

DISCUSSÃO:

Mais de 80% dos hemangiomas cavernosos da órbita estão localizados dentro do compartimento intraconal, mais comumente do lado lateral. Há, na literatura, aproximadamente, 100 casos relatados em regiões extraconais, como nariz e seios paranasais, porém, sem relatos em região orbitária inferior. O manejo costuma ser cirúrgico em casos de proptose ou compressão do nervo óptico. Neste caso, o objetivo da cirurgia foi descartar outra patologia, devido localização incomum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leatherbarrow B, Noble JL, Lloyd OC. Cavernous Haemangioma of the Orbit. Eye. 1989; 3:90-99
2. Anand R, Deria K, Sharma P, Narula MK, Garg R. Extraconal cavernous hemangioma of orbit: A case report. Indian J Radiol Imaging. 2008; 18(4)310-312
3. Carllirgos GP, Bravo FJV, Meseguer PP, Sánchez VMA. Unusual extraconal location of a cavernous hemangioma. GMS Ophtalmol Cases. 2022; 12:17.

RELATO DE CASO: LINFOMA COM MANIFESTAÇÃO OCULAR

Mendes, DBS

Pacheco, LN

Ribeiro,GGB

Silva, MRL

Relato de caso: Linfoma com manifestação ocular

Mendes, DBS[1]; Pacheco, LN[1]; Ribeiro,GGB[1]; Silva, MRL[1].
Hospital de Olhos Aparecida de Goiânia (HOA)

INTRODUÇÃO

O linfoma orbitário é a lesão orbitária linfoproliferativa mais comum encontrada, sendo que o linfoma de células B da zona marginal do tecido linfoide associado a mucosa é o mais frequente[1]. Os linfomas e hiperplasias linfonodais representam mais de 55% das massas orbitárias malignas, podendo ser uma das manifestações oculares multiformes da Síndrome da Imunodeficiência Humana – SIDA [2,3].

RELATO DO CASO

Paciente 40 anos, masculino, com queixa de dor e edema palpebral progressivos em olho esquerdo (OE) há quatro dias súbitos. Nega histórias patológicas prévias, medicações de uso contínuo e antecedentes oculares. Ao exame oftalmológico, apresentava em OE acuidade visual com correção de 20/40+2, restrição de motilidade de toda musculatura extrínseca ocular, proptose, conjuntiva hiperemiada com turgência vascular, defeito pupilar aferente relativo 1-2+, pressão intra-ocular de 28mmHg (figuras 1 e 2A/2B). Realizou angiorressonância de crânio e órbitas que constou lesão expansiva de contornos irregulares, comprometendo as estruturas intra e extraconais (figura 3). Realizado biópsia do músculo reto medial e conjuntiva e cantotomia com cantólise (figura 4 e 5). Ao histopatológico havia neoplasia de células pequenas redondas e azuis e no imuno-histoquímica neoplasia linfóide de células B de alto grau. Encaminhado para tratamento oncológico. Paciente evoluiu com piora da acuidade visual para sem percepção luminosa, com leve resposta na avaliação pupilo-motora após 10 dias de cirurgia. Antes de iniciar tratamento oncológico evoluiu com complicações secundárias e óbito. Paciente relatou antes de falecer, que possuía SIDA não tratada e optou por ocultar diagnóstico de equipe médica.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

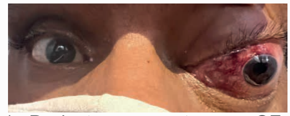


Figura 1 . Paciente com proptose em OE

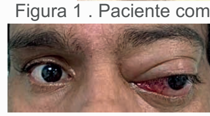


Figura 2A . Paciente em posição primária do olhar



Figura 2B . Paciente em decúbito dorsal

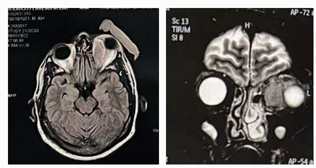


Figura 3. RNM Lesão expansiva comprometendo predominantemente o músculo retomedial



Figura 4. Após biopsia



Figura 5. Após cantotomia e cantólise

DISCUSSÃO:

Linfomas orbitais como manifestação ocular da SIDA são raros[4]. Esse tumores em idade precoce são mais agressivos e facilmente se espalha para o Sistema Nervoso Central. Indivíduos imunocomprometidos têm maior probabilidade de doenças mais graves e atípicas apresentações [3].

Sendo assim, quando há envolvimento orbitários se relacionando a SIDA, o diagnóstico e tratamento deve ser instituído o mais breve possível pela significativa morbidade e mortalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Demirci, H., Shields, C. L., Karatza, E. C., & Shields, J. A.Orbital lymphoproliferative tumors: analysis of clinical features and systemic involvement in 160 cases. 2008

2.Andre Go Lee, MD; Et al. Orbital Masses. American Academy of Ophthalmology. Dec 2021

3.Sodhi, P.K. Orbital manifestations in patients with acquired immunodeficiency syndrome. *2014*

4.Meyer, D., & Smit, D. P. Eyelid and Orbital Involvement in HIV Infection - An African Perspective.2020

SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT: APRESENTAÇÃO INICIAL COM PTOSE PALPEBRAL

Leão, A.F

Leão N.F

Ribeiro, G.G.B

Silva, M.R.L

HOSPITAL DE OLHOS APARECIDA

Síndrome de Tolosa-Hunt: Apresentação Inicial com Ptose Palpebral

Leão, A.F; Leão N.F; Ribeiro, G.G.B; Silva, M.R.L
Hospital de Olhos de Aparecida (HOA)

INTRODUÇÃO

Descrita inicialmente por Tolosa e Hunt e col, em 1954 e 1961, respectivamente, a síndrome de Tolosa-Hunt(STH) é uma entidade rara, com incidência de 1caso/1 milhão por ano. Caracteriza-se clinicamente por dor periorbital ou hemicraniana associada à oftalmoplegia de um ou mais nervos cranianos, causada por uma inflamação granulomatosa idiopática no seio cavernoso.

RELATO DO CASO

D.V.M, 54 anos, procurou atendimento referindo dor intensa em olho esquerdo há 5 dias e ptose palpebral há 3 dias, com piora progressiva evoluindo com diplopia. Estava internado, devido a urgência hipertensiva, onde foi descartado AVE e IAM. De antecedentes pessoais, hipertensão arterial e diabetes, em uso de benicar, clortalidona e xigduo. De antecedentes oftalmológicos, paralisia facial há 04 anos. Ao exame oftalmológico apresentava ptose palpebral moderada à esquerda com exotropia de grande ângulo. Pupilas isocóricas, fotorreagentes, sem DPAR. Reflexo fotomotor direto e consensual preservados. Apresentava hipofunção dos seguintes músculos: RME (-2), RIE(-1), RSE (-1). Acuidade visual com correção de 20/20 em AO, biomicroscopia e fundoscopia sem alterações. Foi solicitado exame de ressonância magnética do crânio, demonstrando alterações inflamatórias em seio cavernoso e fissura orbitária superior à esquerda, achados correspondentes com Síndrome de Tolosa Hunt. Paciente retornou após 15 dias apresentando melhora espontânea da dor e ptose e com discreta restrição à elevação, adução e infradução.

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Fig 1: exame da movimentação ocular



Fig 2:imagem da RNM crânio sugestiva de STH

DISCUSSÃO:

A STH possui etiologia desconhecida, com incidência igual entre os sexos e maior após os 20 anos. Geralmente é unilateral e nervos mais acometidos são: III par (85%), VI par (70%), V par (30%), IV par (29%). Seu diagnóstico é baseado na exclusão de outras afecções como tumores e malformações vasculares intracavernosas, sendo fundamentais os estudos de imagem. Sem tratamento, os sintomas tendem a regredir espontaneamente em 8 semanas. Há resposta dramática com a corticoterapia, com resolução da dor em até 1 semana e da oftalmoplegia mais lentamente (2-8 semanas). Recidivas ocorrem em metade dos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cohn DF, Carasso R, Streifler M. Painful ophthalmoplegia: the Tolosa-Hunt syndrome. Eur Neurol. 1979; 18(6):373-81. 2. Hunt WE. Tolosa-Hunt syndrome: one cause of painful ophthalmoplegia. J Neurosurg. 1976; 44(5):544-9.

MANIFESTAÇÃO ORBITÁRIA DE PROCESSO INFLAMATÓRIO DO ESPAÇO PARAFARÍNGEO ASSOCIADO A IGG4: UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

Talissa Feltrini

Antonio A V Cruz

Gustavo Boasquevisque

Fernando Chaud

Manifestação orbitária de processo inflamatório do espaço parafaríngeo associado a IgG4: um diagnóstico desafiador.

Talissa Feltrini[1], Antonio A V Cruz[1], Gustavo Boasquevisque[2], Fernando Chaud[3]
,Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
[1]Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, [2]Departamento de Radiologia, [3]Departamento de Patologia.

INTRODUÇÃO

Processos inflamatórios (PI) parafaríngeos são raros e semelhantes clinica e radiologicamente a tumores malignos[2]. Apresentamos um caso de PI do espaço parafaríngeo associado à significativa expressão de IgG4 que cursou com múltiplas manifestações oftalmológicas.

RELATO DO CASO

Paciente masculino de 60 anos de idade, hipertenso, portador de retinopatia diabética proliferativa e glaucoma foi internado com paralisia facial periférica dolorosa moderada (grau III de House-Brackmann) à direita associada no mesmo lado à proptose, ptose total, exotropia e midríase. (figura 1 A,B). Apresentava ainda hipoacusia e sensação de plenitude auricular à esquerda.
Ressonância magnética de órbitas e encéfalo mostrou lesões na fosseta de Rosenmüller (rinofaringe), tuba auditiva, canal do nervo facial e seio cavernoso (Figura 2 A,B e C). As principais hipóteses aventadas foram: síndrome de Tolosa Hunt associada à mastoidite, síndrome metabólica ou disseminação perineural de carcinoma do rinofaringe.
Após duas biópsias inclusivas, a terceira biópsia por via endonasal revelou processo inflamatório associado à expressão de IgG4. (Figura 3 A,B). Foi tratado com corticoterapia oral (prednisona na dose de 40 mg/dia) obtendo-se completa normalização do quadro clínico (Figura 1 c)



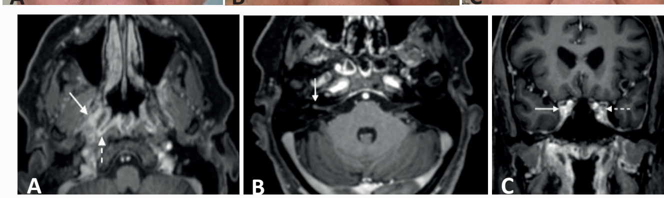
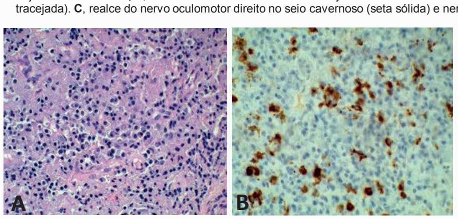


Figura 1. RM T1 com supressão de gordura plano axial (A, B) e coronal (C). **A**, Área de realce nodular no fundo do conduto auditivo interno direto, no trajeto do nervo facial**, B**, Área mal delimitada de realce no trajeto da tuba auditiva direita (seta sólida), e fosseta de Rosenmüller com realce regular (seta tracejada). **C**, realce do nervo oculomotor direito no seio cavernoso (seta sólida) e nervo oculomotor esquerdo de aspecto normal (seta tracejada).



Biopsia de rinofaringe infiltrada. Fig 02.A: processo inflamatório crônico denso não granulomatoso, constituídos de linfócitos pequenos, maduros e discreta fibrose tecidual. Fig 02.B: imuno-histoquímica evidenciando população de linfócitos B e T, de padrão reacional e população monoclonal de plasmócitos. Pesquisa de IgG4 com moderado números de plasmócitos IgG4 (>40 plasmócitos IgG4+/campo de grande aumento)

DISCUSSÃO:

A doença relacionada a IgG4 (IgG4-RD) é uma condição sistêmica caracterizada pela ocorrência de lesões pseudotumorais em múltiplos órgãos incluindo olhos e seus anexos. No espaço parafaríngeo ela é extremamente rara com apenas dois relatos na literatura.[1,2] O presente caso é o primeiro com múltiplas manifestações oftalmológicas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Cruz AAV, Camacho MAB, Cunha BS, Alkatan HM, Xavier NF. Plasma cell IgG4 positivity in orbital biopsies of non-IgG4-related conditions. Saudi J Ophthalmol. 2021 Nov 17;35(3):193-197. doi: 10.4103/SJOPT.SJOPT_91_21. PMID: 35601849; PMCID: PMC9116107.
[2] Bennour, A, Dughman, AA, Elkhashmee, A. Retropharyngeal soft-tissue mass with multiple cranial neuropathies. Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences. 2019; 11.185. doi: 10.4103/ijmbs.ijmbs_45_19

XANTOGRANULOMA JUVENIL ORBITAL, GIGANTE E EXTRACUTÂNEO: UM RELATO DE CASO RARO

Andréia Novelli

Daniel Ishigai

Patrícia Yoshiyasu

Ricardo Kanecadan

"Xantogranuloma juvenil orbital, gigante e extracutâneo: um relato de caso raro"

Andréia Novelli; Daniel Ishigai; Patrícia Yoshiyasu; Ricardo Kanecadan
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo - SCMSP

INTRODUÇÃO

O Xantogranuloma é uma lesão benigna rara (1 em 1 milhão de nascidos vivos) não neoplásica que pertence ao grupo das histiocitoses não-Langerhans. Acomete frequentemente crianças de 2 a 5 anos na forma cutânea isolada e predomina na cabeça e pescoço com formato nódulo-papular ou granulomas de cor amarelada. Raramente ocorre acometimento extracutâneo (cerca de 4% dos quadros), afetando o olho e/ou a órbita (1% dos casos) como o relatado nesse trabalho. Podem regredir espontaneamente ou recidivar mesmo após exérese completa, sendo a involução espontânea menos comum, em apresentações gigantes. A exérese cirúrgica é preconizada quando existe prejuízo estético ou funcional ao paciente.

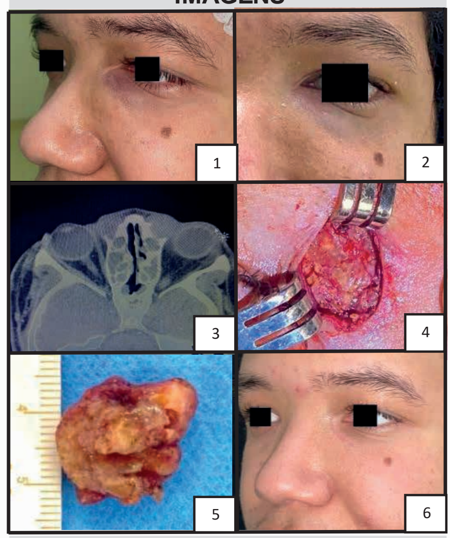
No presente relato, iremos descrever um caso de paciente com diagnóstico de xantogranuloma juvenil orbital gigante, extracutâneo e recidivado.

RELATO DO CASO

A.S.A, masculino, 19 anos de idade. Vem ao nosso serviço ambulatorial para avaliação de massa orbital com diagnóstico a esclarecer. Apresentou 3 anos antes, lesão semelhante em órbita e fossa nasal direita e esquerda e foi submetido à ressecção. À época, o anatomopatológico evidenciou processo inflamatório crônico associado à histiocitose inespecífica, sem sinais de malignidade.

No momento do atendimento mais atual, o paciente referia crescimento progressivo e indolor de massa em região maxilar esquerda desde a última abordagem. Ao exame físico, apresentava abaulamento em região de canto medial esquerdo, indolor à palpação (imagem 1 e 2). Ao exame tomográfico as lesões possuíam aspecto lobulado, e contornos regulares que provocavam abaulamento de partes moles adjacentes (imagem 3). Optamos por nova abordagem cirúrgica em região medial esquerda (imagem 4). A lesão apresentava macroscopicamente aspecto infiltrativo e coloração amarelada (imagem 5). A análise do perfil imunohistoquímico associado ao quadro histológico foi novamente compatível com infiltrado histiocitário sugerindo diagnóstico de Xantogranuloma. Atualmente, 5 meses após a nova abordagem cirúrgica o paciente encontra-se estável, sem queixas e sem novas recidivas (imagem 6) e suas triagens sistêmicas não apresentaram alterações até o momento. O paciente mantém acompanhamento clínico seriado em nosso serviço, nos setores de órbita, vias lacrimais e otorrinolaringologia devido possibilidade de recidiva e associação do xantogranuloma à doenças neoplásicas.

IMAGENS



DISCUSSÃO

O xantogranuloma é uma afecção rara de incidência subestimada na literatura. O paciente do caso descrito possui acometimento extracutâneo e portanto, a apresentação mais comum na forma de lesão cutânea amarelada não está presente, caracterizando ainda mais raridade ao caso. Para esses pacientes, a análise histopatológica é fundamental para o diagnóstico e mostra a presença de histiócitos preenchidos por lipídeos. Apresentações gigantes são aquelas com mais de 2cm e que possuem menor potencial de involução espontânea e maior chance de recidiva pós cirúrgica. Lesões que não involuem nos primeiros anos de vida tendem a ter uma resposta ruim, mesmo com uso de esteroides intralesionais. Abordagens cirúrgicas quando indicadas são de difícil execução devido característica infiltrativa das massas e grande aderência aos tecidos vizinhos.

Nosso objetivo com o presente relato é evidenciar as apresentações do xantogranuloma extracutâneo e suas particularidades de evolução clínica, tratamento e seguimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dehner LP. Juvenile xanthogranulomas in the first two decades of life: a clinicopathologic study of 174 cases with cutaneous and extracutaneous manifestations. Am J Surg Pathol. 2003;27(5):579-593.
2. Schellini, Silvana Artidi et al. Xantogranuloma órbito-palpebral: relato de caso. Arquivos Brasileiros de Oftalmologia. Conselho Brasileiro de Oftalmologia, v. 67, n. 3, p. 549-552, 2004.

VIAS LACRIMAIS

LACERAÇÃO DE CANALÍCULO LACRIMAL EM CENTRO DE REFERÊNCIA DO CENTRO OESTE PAULISTA

Alice CG Almeida

Richard GL Panicaci

Roberta LFS Meneghim

Silvana A Schellini

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Laceração de canalículo lacrimal em Centro de Referência do Centro Oeste Paulista

Alice CG Almeida, Richard GL Panicaci, Roberta LFS Meneghim, Silvana A Schellini

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP

INTRODUÇÃO

A laceração canalicular pode ocorrer por trauma da região palpebral e constitui uma emergência oftalmológica,[1] representando 70% dos traumas de vias lacrimais.[2] Em geral, o conhecimento sobre o assunto advém do relato de casos.[3] O objetivo deste estudo é relatar as características clínico-epidemiológicas, técnicas cirúrgicas e resultado cirúrgico das lacerações canaliculares operadas em nosso serviço.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo envolvendo portadores de laceração de canalicular, operados na UNESP, entre 2012 e 2020. O tratamento realizado foi a sutura e intubação da via lacrimal usando *pig tail* ou sonda de Crawford. O sucesso cirúrgico foi avaliado a partir do teste de Zappia-Milder realizado no pós-operatório. Os dados foram obtidos de prontuários eletrônicos e submetidos a análise estatística.

RESULTADOS

No período foram operados 26 traumas de canalículos, dos quais 73,1% eram homens, com media de idade de 28,8±28,0 anos, sendo 65,4% ferimentos cortantes, 53,9% com lesão isolada de canalículo superior e 7,7% apresentaram lesão ocular associada. O tempo entre o diagnóstico e o reparo foi de 24-72h em 46,2% e 61,6% tiveram a intubação bicanalicular usando *pig tail*. O tempo médio de permanência do silicone foi de 49,8±39,5 dias e o sucesso cirúrgico ocorreu em 80,8% dos pacientes (Tabela 1).

DISCUSSÃO

Nossos pacientes refletiram o que a literatura comenta,[2,4] predominando o trauma canalicular em homens jovens. O maior envolvimento do canalículo superior divergiu de outros estudos,[1,4] o que pode ser justificado pela maior ocorrência de ferimentos cortantes, já que os contusos parecem mais relacionados com o canalículo inferior. [5] O tempo entre o trauma e o reparo e a permanência do silicone na via lacrimal concordaram com o reportado na literatura.[6]

TABELA

Tabela 1. Características clínicas dos 26 pacientes com laceração canalicular

Variável	Mínima	Mediana	Máxima	Média	Desvio-padrão
Idade (anos)	2	25	71	28,8	20,8

		Número de pacientes (Percentual - %)	P Value
Gênero	Masculino	19 (73,1)	<0,05
	Feminino	7 (26,9)	
Canalículo	Superior	14 (53,9)	<0,05
	Inferior	9 (34,6)	
	Ambos	3 (11,5)	
Trauma	Cortante	17 (65,4)	<0,05
	Contuso	3 (11,5)	
	Outros	6 (23,1)	
Lesão Ocular	Sim	2 (7,7)	<0,05
	Não	24 (92,3)	
Tempo entre Atendimento e Cirurgia	< 24 horas	8 (30,7)	>0,05
	24-72 horas	12 (46,2)	
	> 72 horas	6 (23,1)	
Intubação	Monocanalicular	9 (34,6)	<0,05
	Bicanalicular (*pig tail*)	16 (61,6)	
	Bicanalicular (Crawford)	1 (3,8)	
Complicações	Nenhuma	21 (80,0)	<0,05
	Obstrução	2 (7,7)	
	Granuloma	2 (7,7)	
	Ectrópio	1 (3,8)	

CONCLUSÃO

As lesões de canalículo encontradas em nossa prática são mais comuns em crianças ou homens jovens, acometem mais o canalículo superior e as nossas condutas levam ao sucesso no tratamento de 80,8% dos casos. As grandes controvérsias no assunto permanecem, como o tipo e o tempo de permanência do tubo de silicone na via lacrimal. Somente estudos com grandes amostras podem consolidar estes conceitos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Guo T, Qin X, Wang H, Lu Y, Xu L, Ji J, *et al.* Etiology and prognosis of canalicular laceration repair using canalicular anastomosis combined with bicanalicular stent intubation. BMC Ophthalmology. 2020; 20: 246.
2) Tavakoli M, Karimi S, Behdad B, Dizani S, Salour H. Traumatic canalicular laceration repair with a new monocanalicular silicone tube. Ophthal Plast Reconstr Surg. 2017;33(1):27-30.
3) Linberg JV, Moore CA. Symptoms of canalicular obstruction. Ophthalmology. 1988;95(8):1077-1079.
4) Naik Kelapure A, Rath S, Honavar SG. Management of canalicular lacerations: epidemiological aspects and experience with Mini-Monoka monocanalicular stent. Am J Ophthalmol 2008; 145(2):375-380.
5) Alhammad F, Ferreiro AG Alhammad F, Galindo-Ferreiro A, Khandekar R, Al-Sheikh O, Alzaher F, Schellini S. Management outcomes of canalicular laceration in children. Saudi J Ophthalmol. 2020;34(2):101-106.
6) Chu YC, Wu S-Y, Tsai Y-J, Liao Y-L, Chu H-Y. Early versus late canalicular laceration repair outcomes. Am J Ophthalmol. 2017;182:155-9.

TUMOR LINFOPROLIFERATIVO ENVOLVENDO SACO LACRIMAL- RELATO DE CASO

Caroline Schiave Germano

Bruna M. F. De Araújo

José Vital Filho

Jorge Agi

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Tumor linfoproliferativo envolvendo saco lacrimal- Relato de caso

Caroline Schiave Germano, Bruna M. F. De Araújo, José Vital Filho, Jorge Agi
Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

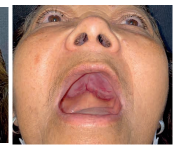
INTRODUÇÃO

Neoplasias envolvendo o saco lacrimal são raras e podem ser classificadas como epiteliais (mais comuns, com aproximada-mente 75% dos casos), mesenqui-mais, linfoproliferativas e melanocíticas.[1,2] Os linfomas constituem 2 - 8% de todas as malignidades que surgem do saco lacrimal [2], sendo a maioria dos tumores detectada incidentalmente durante a realização de dacriocistorrinostomia (DCR), devido a uma suspeita de dacriocistite crônica. [3, 4] Apesar de os linfomas representarem aproximadamente 10% de todos os tumores primários da órbita, o acometimento orbitário por linfoma sistêmico ocorre em apenas 1,5% dos casos. [1,3] Na literatura, há poucos relatos sobre tumores metastáticos enconvendo o saco lacrimal. Neste estudo, relatamos um caso raro de linfoma MALT de saco lacrimal secundário a linfoma de palato.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 65 anos, foi encaminhada ao ambulatório de vias lacrimais do departamento de Oftalmologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em Abril/2021, devido a queixa de epífora em ambos os olhos há 2 anos, associada ao aparecimento e crescimento progressivo de tumoração fibroelástica na topografia do saco lacrimal a direita. Como antecedentes pessoais, referia tratamento para linfoma de palato mole em 2018 (exérese cirúrgica associada a RT). Refereria também ter sido submetida a punctoplastia bilateral, sem melhora do quadro. Ao exame oftalmológico (figura 1), apresentava acuidade visual corrigida de 20/20 em ambos os olhos, biomicroscopia e fundoscopia sem alterações. Presença de lesão de consistência fibroelástica mal delimitada na topografia do saco lacrimal a direita, ultrapassando tendão cantal medial. Não havia refluxo à compressão do saco lacrimal bilateralmente. A propedêutica das vias lacrimais está descrita na tabela 1. No exame físico, observava-se espessamento assimétrico da mucosa de revestimento do palato duro (figura 2). Na TC de órbita e seios da face (figura 3), observaram-se lesões expansivas hiperatenuantes e com realce homogêneo em topografia de saco lacrimal bilateralmente, medindo cerca de 2,5x1,4x1,7 cm à direita e 1,7x1,0x1,2 cm à esquerda, sem sinais de erosão óssea associada. Notava-se ainda espessamento assimétrico da mucosa de revestimento do palato duro. Paciente foi submetida a biópsia incisional na região do saco lacrimal a direita e, no mesmo tempo cirúrgico, submetida a biópsia da lesão de palato duro e mole pela equipe da cabeça e pescoço. O estudo anatomopatológico do fragmento do palato duro e mole mostrou infiltração por neoplasia linfoproliferativa de baixo grau e o do saco lacrimal, quando associado ao perfil imunohistoquímico, teve como resultado neoplasia linfoproliferativa de células B sugestiva de metástase de linfoma da zona marginal extranodal (MALT). Iniciou-se quimioterapia com esquema R-CHOP (rituximabe, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina, prednisolona) com resultados favoráveis .

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS

Figuras 1 e 2

Exame	OD	OE
Menisco	Aumentado	Normal
Sondagem	Soft stop	Hard stop
Irrigação	Bloqueio com refluxo pelo mesmo canalículo	Pérvia
Rinoscopia	Hipertrofia das conchas nasais	Hipertrofia das conchas nasais

Tabela 1 – Propedêutica das vias lacrimais

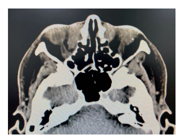


Figura 3- TC órbita e seios da face

DISCUSSÃO:

Os linfomas dos anexos oculares (OAL) podem se originar na região periorbitária e/ou orbitária (linfoma primário), ou podem aparecer nessa região como resultado de disseminação sistêmica (linfoma secundário). Dentre os OAL, apenas 5,7% acometem o saco lacrimal [5], salientando-se a raridade do caso apresentado neste estudo. O linfoma não Hodgkin (LNH) constitui a maioria dos linfomas que surgem nos anexos oculares, sendo o subtipo mais comum o Linfoma da zona marginal extranodal de células B do tipo tecido linfóide associado à mucosa (MALT). No entanto, quando apenas os tumores do saco lacrimal foram analisados, o linfoma difuso de grandes células B, um tumor agressivo, mostrou-se mais comum [3], seguido de linfoma MALT. Em pacientes com distúrbios linfoproliferativos sistêmicos conhecidos, deve haver alta suspeição de envolvimento do tecido linfóide associado à drenagem lacrimal frente a um quadro clínico de epífora ou dacriocistite, sendo o exame de imagem essencial na avaliação diagnóstica. [2] No caso apresentado, optou-se por tratamento quimioterápico com seguimento a longo prazo e multidisciplinar, uma vez que recorrências podem ocorrer muitos anos após o tratamento inicial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Meunier J, Lumbroso-Le Rouic L, Vincent-Salomon A, Dendale R, Asselaim B, Arnaud P, et al. Ophthalmologic and intraocular non-Hodgkin's lympnatural history and prognostic factors. Hematol Oncol. 2004;22(4):homa: a large single centre study of initial characteristics, 143-58.
2. Krishna Y, Coupland SE. Lacrimal sac tumors – a review. Asia Pac J Ophthalmol (Phila).2017;6:173–178. doi:10.22608/APO.201713.
3. Swati Singh & Mohammad Javed Ali (2019): Lymphoproliferative tumors involving the lacrimal drainage system: a major review, Orbit, DOI: 10.1080/01676830.2019.1634104
4. Feijó ED, Almeida AR , Matayoshi S. Primary bilateral and symmetric MALT lymphoma of the lacrimal sac mimicking chronic dacryocystitis. Rev Bras Oftalmol. 2018; 77 (6): 373-5.
5. Sullivan TJ, Whitehead K, Williamson R, et al. Lymphoproliferative disease of the ocular adnexa: a clinical and pathologic study with statistical analysis of 69 patients. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2005;21:177–188.

PARACOCCIDIODOIDOMICOSE ACOMETENDO PÁLPEBRA OU SACO LACRIMAL

Ana Cláudia G. Barbato

Roberta L. F. de S. Meneghim

Silvana A. Schellini

Paracoccidiodoidomicose acometendo pálpebra ou saco lacrimal

Ana Cláudia G. Barbato, Roberta L. F. de S. Meneghim, Silvana A. Schellini
Universidade Estadual Paulista - UNESP Botucatu

INTRODUÇÃO

A paracoccidioidomicose é uma micose sistêmica endêmica no Brasil, causada pelo fungo Paracoccidioides brasiliensis (P brasiliensis) [1]. Afeta principalmente homens acima de 30 anos e como grande fator de risco têm-se as profissões relacionadas ao manejo do solo contaminado[1]. É a principal micose sistêmica no Brasil, com maior frequência nas regiões sul, sudeste e centro-oeste [3]

O acometimento palpebral e das vias lacrimais pelo P brasiliensis são raros, e devem ser considerados entre os diferenciais, principalmente de carcinomas baso ou espinocelulares. O objetivo deste estudo foi relatar a ocorrência de acometimento das pálpebras e vias lacrimais no nosso serviço. Para isso, foi feita uma busca nos prontuários eletrônicos no período de 1999 a 2016, avaliando-se os indivíduos que tiveram o diagnóstico da afecção confirmado por exame histológico. Os casos encontrados foram analisados segundo características demográficas.

RESULTADOS

Foram encontrados quatro portadores de paracoccidioidomicose com acometimento palpebral ou do saco lacrimal no período de estudo (Tabela 1).

TABELA 1

Características dos pacientes acometidos pelo P brasiliensis diagnosticados no HC-FM Botucatu-UNESP, entre os anos de 1999 e 2016

Características		n(%)
Gênero	Masculino	3 (75%)
	Feminino	1 (25%)
Idade	< 30	1 (25%)
	30 - 50	0 (0%)
	> 50	3 (75%)
Profissão	Pedreiro	1 (25%)
	Lavrador	1 (25%)
	Montador	1 (25%)
	Não informado	1 (25%)
Local de acometimento	Pálpebra Inferior	1 (25%)
	Saco Lacrimal	1 (25%)
	Pálpebra Superior	2 (50%)
Acometimento sistêmico prévio	Sim	2 (50%)
	Não	2 (50%)
Tratamento sistêmico prévio	Sim (Sulfametoxazol + Trimetoprima)	1 (25%)
	Não	3 (75%)
Sítio do acometimento sistêmico prévio	Não informado	1 (25%)
	Intestino/tegumento	1 (25%)
	Sem acometimento	2 (50%)
Hipótese Diagnóstica Prévia à Biopsia	Carcinoma sebáceo	1 (25%)
	Carcinoma baso/espinocelular	1 (25%)
	Dacrioestenose sec à pbmicose	1 (25%)
	Paracoccidiodoidomicose/ Linfoma cutâneo de células B	1 (25%)

DISCUSSÃO:

O principal sítio acometido na série de casos foi a pálpebra, confirmando que a pálpebra e a conjuntiva são os locais mais acometidos[2]. A maioria (75%) dos pacientes era do sexo masculino, como já descrito, com acometimento variando de 10-15 homens para 1 mulher[1]. O acometimento sistêmico foi observado em metade dos nossos casos, tornando a hipótese diagnostica pré operatória mais plausível. Os autores chamam a atenção para a possibilidade de acometimento da pálpebra ou do saco lacrimal por paracoccidioidomicose, principalmente nas áreas endêmicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Shikanai-Yasuda, M A et al. Consenso em paracoccidioidomicose. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v. 39, n. 3, p. 297-310, Junho 2006

2 Noronha, R M J et al. Paracoccidioidomicose ocular: relato de um caso de doença multifocal com envolvimento da pálpebra e, presumivelmente, da córnea, vítreo e retina. Arq. Bras. Oftalmol., São Paulo, v. 61, n. 5, p. 590- 593, Outubro 1998

3 Wanke B, Aidê, MA. Capítulo 6 - Paracoccidioidomicose. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2009, v. 35, n. p. 1245-1249, janeiro, 2010

ESTÉTICA

RESULTADOS E SEGURANÇA DA *BLANCHING TECHNIQUE* PARA APLICAÇÃO DE PREENCHIMENTO NA REGIÃO GLABELAR

Mariana Zaíra Ribeiro

Gabriela B. C. Caniceiro

Lorena B. Vergara

Celia S. C. de O. Sathler

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

Resultados e segurança da *blanching technique* para aplicação de preenchimento na região glabelar

Mariana Zaíra Ribeiro, Gabriela B. C. Caniceiro, Lorena B. Vergara, Celia S. C. de O. Sathler
Departamento de Plástica Ocular da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

INTRODUÇÃO

O preenchimento com ácido hialurônico (AH) são as melhores alternativas para o tratamento das rugas glabelares estáticas. O aumento de complicações nesta área com a técnica de injeção supraperiosteal já foram relatados através de fenômenos embólicos arteriais por injeção intravascular.[1,2] Para evitar a oclusão vascular, utilizamos a técnica conhecida por branqueamento ou *blanching technique*. Observamos o branqueamento da área injetada causada pela aparência transparente do gel resultante da proximidade com a superfície da pele. O semblante empalidecido desaparece em menos de 10 minutos.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal de 62 pacientes com rítides glabelares resistentes, e que foram submetidos ao preenchimento da região glabelar com ácido hialurônico através da técnica de *blanching tecnique*, em São Paulo.

RESULTADOS

A idade média foi de 53,1 anos, com predominância do sexo feminino (90,3%). O hipotireoidismo (16%), seguido da hipertensão arterial sistêmica (12,9%) e transtornos psiquiátricos (8%) foram as comorbidades mais encontradas. A cirurgia de blefaroplastia foi a mais prevalente (32,2%) dentre os procedimentos estéticos prévios. E nenhum paciente teve efeitos adversos com comprometimento da visão.

DISCUSSÃO

Quanto à ocorrência de oclusão vascular, seguido de isquemia e necrose tecidual, não foi diagnosticado em nenhum paciente em que foi realizado a aplicação do AH. A realização precisa e associada ao conhecimento da anatomia e das características dos produtos neste procedimento é de grande relevância para a segurança da aplicação.[3] A profundidade de aplicação do produto é o principal fator de segurança da técnica já que nesta região existem vasos sanguíneos importantes supraperiosteais e que se superficializam, podendo comunicar com a artéria oftálmica levando o produto até artéria central da retina e cegueira. [4]

FIGURAS, TABELAS E GRÁFICOS



Figura 1a e 1b: Aplicação do AH por via intradérmica superficial em ângulo aproximado de 45° em relação à pele. **Figura 1c:** Branqueamento ocasionado pela cor transparente do AH após sua introdução na derme superficial. **Figura 1d:** Visualização da agulha na derme devido sua superficialidade.

CONCLUSÃO

Assim, demonstramos a segurança da técnica de injeção intradérmica de AH na região glabelar conhecida por *blanching technique* com ausência de complicações isquêmicas locais e visuais em todos os pacientes tratados, utilizando o Restylane na grande maioria dos casos, com as características mais seguras para o procedimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonio CR, et al. Surgical and cosmetic dermatology. 2012; 04-2. **2.** Wu S, et al. J Craniofac Surg. 2017; 28 (6): 1578-81. **3.** Tannous Z, et al. Editora Amgh, 2011. **4.** Palermo, E.C. Surg Cosmet Dermatol. 2013;5(3):24556.

REAÇÃO ALÉRGICA AO MIDAZOLAN NA BLEFAROPLASTIA

Michele dias

Priscilla de Araujo Souza Andrade

Raphaela Von Sohsten

Reação alérgica ao midazolan na blefaroplastia

Michele dias, Priscilla de Araujo Souza Andrade, Raphaela Von Sohsten
Fundação Altino Ventura (FAV)

INTRODUÇÃO

Os benzodiazepínicos são agentes hipnóticos sedativos em uso clínico desde 1960 para sedação, amnésia anterógrada, ansiólise, convulsões, insônia e agitação associada a medicamentos. Diazepam, midazolan e lorazepan são as drogas mais utilizadas no período perioperatório. Reações alérgicas a esses medicamentos estão entre os principais fatores que afetam a morbidade e mortalidade peri e pós-operatório

RELATO DO CASO

GGSA, 47 anos, feminina, procedente de Lagoa de Itaenga – PE. Queixa-se de excesso de pele em pálpebras. Histórico pessoal de hipertensão arterial, negava alergia. Ao exame, observado dermatocalase em pálpebra superior e inferior com presença de prolapso de gordura inferior e indicado blefaroplastia superior e inferior transconjuntival sob sedação.

Um quadro de importante edema periocular foi iniciado no intraoperatório, afastado a possibilidade de hemorragia foi internada para acompanhamento clínico. Após a piora do edema periorbitário com uso de corticoide venoso todas as medicações oral, endovenosas e ocular foram suspensas, exceto pelo anti-alérgico venoso. Paciente recebeu alta com consulta agendada com alergologista e com prescrição de anti-alérgico, crioterapia e acompanhamento com fisioterapeuta especializada em pós cirúrgico facial. Realizado teste alérgico com as substâncias administradas e positivo para midazolan.


Antes da cirurgia


Após cirurgia

DISCUSSÃO:

O midazolan é um derivado imida-benzodiazepínico que potencializa a ação do ácido gama-aminobutírico (GABA), principal neurotransmissor inibitório, causando sedação, efeito ansiolítico e amnésia anterógrada, sem propriedade analgésica. É responsável por 0,5% dos casos de anafilaxia operatória.

Os sinais e sintomas da reação alérgica ao midazolam podem variar de prurido, rubor, urticária, angioedema, até choque anafilático.

Apesar da reação de hipersensibilidade, o midazolan é uma droga extremamente segura. Menos de uma dezena de casos de angioedema e broncoespasmo ou reações anafilactóides foi relatada na literatura nesses quase 30 anos de utilização do midazolam em milhões de atos anestésicos ao redor do mundo

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Haybarger E. Benzodiazepine Allergy With Anesthesia Administration: A Review of Current Literature. Anesth Prog. 2016 Fall;63(3):160-7.
Miller RD, Manuel P, Stoelting RK. Noções básicas de anestesia. 6ª edição. Filadélfia, PA: Elsevier/Saunders; 2012
Tratado de anestesiologia SAESP, 7 edição, São Paulo: editora Atheneu, 2011

EDEMA TARDIO INTERMITENTE PERSISTENTE: RELATO DE CASO

Sarah Gonçalves Da Cruz

Eduardo Feijó Damous

Daniela Schroff Machado

Jessica Zardin De Moraes

CIOP/CIEPO
29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular
sbcpo.org.br
28 e 29 de outubro
Centro de Convenções Rebouças
São Paulo/SP
SBCPO

EDEMA TARDIO INTERMITENTE PERSISTENTE: RELATO DE CASO

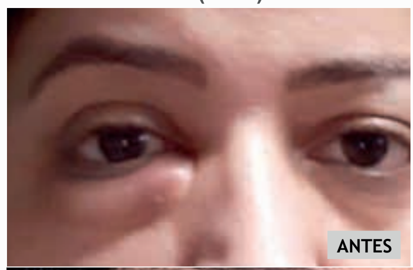
SARAH GONÇALVES DA CRUZ; EDUARDO FEIJÓ DAMOUS; DANIELA SCHROFF MACHADO; JESSICA ZARDIN DE MORAES
HOSPITAL OFTALMOLÓGICO DE ANÁPOLIS (HOA)

INTRODUÇÃO

Os procedimentos estéticos faciais se popularizaram nos últimos anos e, na maioria das vezes, incluem o uso de ácido hialurônico (AH). O edema tardio intermitente persistente (ETIP) é uma manifestação que pode ocorrer após o preenchimento facial com AH em um período de semanas ou anos da aplicação, podendo recidivar na presença de gatilhos enquanto houver a presença do produto no tecido

RELATO DO CASO

Paciente feminina, 45 anos, procurou atendimento oftalmológico queixando edema indolor em canto nasal de pálpebra inferior de olho direito, há 3 dias. Relatou ser o terceiro episódio e que anteriormente regrediu após usar corticóide. À inspeção palpebral, notou-se edema mole inferior, pior em canto nasal e em topografia de via lacrimal. Levantou-se as hipóteses de dacriocistite crônica agudizada e celulite pré-septal e prescreveu-se amoxicilina com clavulanato e corticóide. Após 3 dias, sem melhora, solicitou-se uma TC de órbitas que evidenciou espessamento da pele e densificação do subcutâneo na região periorbital à direita em faces medial e infraorbital, associado à discreta densificação dos planos adiposos pós-septais, favorecendo a possibilidade de acometimento inflamatório/infeccioso. Durante um questionário detalhado, paciente referiu a realização de preenchimento com AH há 10 meses. Assim, a principal suspeita tornou-se ETIP e iniciou-se o tratamento com triancinolona e hialuronidase subcutâneas, havendo resolução completa do quadro. Dois meses após, paciente retorna com mesmos sintomas em olho esquerdo, sendo novamente tratada com triancinolona e hialuronidase subcutaneas.


ANTES


APÓS

DISCUSSÃO:

É importante que os procedimentos estéticos sejam avaliados individualmente para que sejam bem indicados, bem como esclarecidos os riscos envolvidos. Com o crescimento das harmonizações faciais, são comuns casos como o relatado. Há de se lembrar que, em contexto de pandemia, grande parte da população têm sido vacinada e que vacinas são gatilhos para ocorrência de ETIP. Devido à ampla disponibilidade do preenchimento facial com AH, fazem-se necessários estudos para a determinação da porcentagem de ocorrência do agravo e o estabelecimento de um tratamento padrão-ouro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cavallieri FA, Balassiano LKA, Bastos JT, Fontoura GHM, Almeida AT. Edema tardio intermitente e persistente ETIP: reação adversa tardia ao preenchedor de ácido hialurônico. Surg Cosmet Dermatol. 2017;9(3):218-22.
2. Santana ING, Rostey RRL. Relato de caso: edema tardio intermitente e persistente (ETIP) de implante de ácido hialurônico desencadeado pela Covid-19. Surgical & Cosmetic Dermatology. 2020;12(4):373-375.

29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2023

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR

29º Congresso Internacional de Oculoplástica
8º Congresso Internacional de Estética Periocular

ANAIS DA SBCPO

www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br
@atenaeditora
www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena Editora
Ano 2023

SBCPO
SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA OCULAR